

**OPERE DEL CAV.**

**ANTONIO**

**SCARPA PRIMA**

**EDIZIONE**

**COMPLETA IN...**

---



**TRATTATO**

**DELL' ERNIE**

---



# **OPERE**

DEL

**CAV. ANTONIO SCARPA**

**PRIMA EDIZIONE COMPLETA**

**IN CINQUE PARTI DIVISA**

**COLLA TRADUZIONE DELL'OPERE LATINE E FRANCESI**

**E CON AGGIUNTE E ANNOTAZIONI**

**TRATTE DAI VACCÀ, BETTI, LAENEC, OLLIVIER, MANEC, ED ALTRI**

**PER CURA DEL**

**D. PIETRO VANNONI**

***PARTI SECONDA***

**FIRENZE**

***TIP E CALCOGRAFIA DELLA SPERANZA***

**1836.**



# PREFAZIONE

---

*I* lusingosi progressi fatti dalla Chirurgia a' tempi nostri non sono, propriamente parlando, che meri risultati di osservazioni anatomico-patologiche, ossia di esatti confronti della naturale struttura ed azione delle parti del nostro corpo collo stato morboso delle parti medesime per viziosa tessitura, per azione alterata, per interrotta continuità, per trasposizione di luogo; dai quali risultati, come da altrettanti corollari, sono derivati i metodi curativi i più razionali, dei quali è arricchita la moderna Chirurgia, ed ai quali dobbiamo parimente il perfezionamento delle manuali operazioni.

Avvi, per verità, un certa numero di chirurgiche operazioni, per la spedita e sicura esecuzione delle quali bastano le cognizioni puramente anatomiche; ma ve ne sono molte altre, pel buon successo delle quali si richiede che il Chirurgo nasca alle anatomiche dottrine quelle che gli sono state trasmesse dall'ecame diligente ed esatto di molti e molteplici cambiamenti, nei quali viene alterata o modificata in varie guise la tessitura e la posizione delle parti su cui egli deve operare, a fine di evitare quegli errori, talvolta gravissimi ed irreparabili, nei quali potrebbe facilmente essere indotta dall'apparenza delle cose.

Una prova assai convincente di questa verità, fra le molte di questo genere che si potrebbero addurre, risulta dalla considerazione delle differenti maniere d'Ernia, e dalle variate complications di quest'infermità. E senza dubbio eccederebbe ogni credenza di un *Anatomico*, che l'intestino cieco colla sua appendice legata al fianco destro, e la vescia urinaria situata nel fondo delle pelvi, potessero preterire senza lacerazione od un tal grado di spostamento dalla sede loro naturale, d'uscire per l'anello inguinale, e da là discendere nella scrotola; che il cieco intestino, mosso dalla regione illica destra, fosse spinto fuori dei naturali confini del ventre per lo epiraglio dell'ombelico o formare l'Ernia ombelicale; che il colon destro si facesse strada al di fuori dell'addome per l'inguine sinistro, ed il sinistro colon per l'inguine destro; che il fegato, la milza, l'ovaia fossero talvolta le parti contenute nell'Ernia ombelicale, inguinale, o femorale; che il cieco intestino potesse invaginarsi nel colon, fino ad esserne espulso per l'ano; il ventricolo spinto attraverso il diaframma tanto all'insù nella cavità del petto da far Ernia entro il torace; che l'omento o l'intestino, o ambedue insieme, potessero giugnasi trovare una via d'uscita dal ventre pel foro osseo della pelvi o per la fenditura sacro-ischiodica; che una naturale congenita appendice del canale intestinale tenue discendesse a far Ernia nell'inguine, o per di sotto dell'arco femorale, senza punto intercettare la mobilità e continuità del tubo intestinale, senza cotta la forza del più violento strozzamento; che in fine l'intestino o l'omento si trovassero accai spesso a contatto immediato col testicolo entro la tunica vaginale, senza precedente lacerazione della tunica stessa, e parecchi altri fenomeni di tal sorta, i quali oltrepasserebbero, come diceva, ogni credenza dell'*Anatomico*, se le numerose osservazioni cui cadaveri degli Eroi non avessero mostrata assai volte la verità di questi fatti, comunque sorprendenti, sulla possibilità dei quali, giova ripeterlo, l'*Anatomico* ed il Fisiologo non avrebbero nè pure concepito il più lontano sospetto.

cora a porre sotto gli occhi della medesima una immagine chiara e distinta delle diverse sue complicazioni. Quindi è che nel dare la descrizione dell'Ernia inguinale, tratta dalle mie osservazioni sui cadaveri, ho giudicato non meno utile che necessario per l'intelligenza della descrizione medesima l'aggiungervi le tavole rappresentanti le parti mal affette di grandezza naturale, ed i rapporti loro colle vicine. In un tempo in cui l'arte del disegno si occupa incessantemente nel pubblicare le ricchezze della zoologia, della botanica, della zootomia, non vi sarà, spero, alcuna persona sensata ed intelligente di queste materie, la quale non approvi che quest'arte sublime coupei agli avanzamenti della patologia, la quale è strettamente unita ai mezzi di conservazione della salute e della vita dell'uomo.

Nella formazione di queste tavole ho cominciato dal delineare l'Ernia scrotale volgare semplice, perchè questa serve per quel punto di paragone a far meglio conoscere la congenita e la complicata, ed insieme regnasse al giovane Chirurgo la via ch'egli deve tenere per mettere allo scoperto con speditezza e sicurezza le viscere fuori uscite e stossate. Successivamente ho rappresentato, se non tutte, certamente le principali maniere di complicazione dell'Ernia scrotale, tanto per ciò che riguarda le varie cagioni immediate di stossamento delle viscere protruse, che i modi diversi di morboza adesione delle viscere etate fra di loro o col sacco erniale. Le pertone versate nel pratico trattamento delle Ernie tanto che la difficoltà ed i pericoli del taglio dell'Ernia incarcerata sono in ragione delle complicazioni che aggravano questa malattia, perchè necessitano il costo dell'operazione, e producono negl'istanti nell'arte perplecità ed incertezza. Per verità tutti i libri di Chirurgia fanno menzione delle diverse cagioni immediate di stossamento delle viscere, e dei modi diversi d'adesione delle viscere medesime fra di loro o col sacco erniale; ma ogni esercitato Chirurgo sa per propria esperienza che la semplice e nuda asseriva di simili cose, senza l'ispezione delle anatomiche sul cadavere di un Erniale, o sopra tavole diligentemente tratte dal vero, non è bastante ad imprimere nell'animo della studiosa gioventù idee chiare e precise sui caratteri propri ed distintivi di ciascheduna di queste complicazioni, e fare ad essa appressare i mezzi che la esperienza ha mostrato essere i più spediti e sicuri di quatti sono stati finora proposti da impiegarsi in simili gravissime circostanze. Ed è a mio giudizio tanto più necessario che i giovani Chirurghi siano forniti di queste cognizioni esatte, pria di darsi a seguire la pratica ne' grandi ospedali, quanto che, anco dietro la guida dei migliori maestri dell'arte, rare volte in mezzo al sangue, e fra le dita dell'operatore, possono gli assistenti avere abbastanza d'opportunità di vedere e di esaminare la maniera di complicazione e l'indole dell'ostacolo che si oppone alla riposizione delle viscere nel ventre.

Parecchie difficoltà di questo genere sono comuni all'Ernia inguinale ed alla femorale nell'uomo o nell'altra sesso. Ma nel maschio avvi di più il pericolo di mortale emorragia nell'atto dell'operazione dell'Ernia femorale, meno per l'effusione dell'arteria epigastrica, che pel taglio della spermatica arteria, la quale egraziatamente rimane sempre compresa nella sezione dell'arcata femorale, quantunque comunemente e con felice successo si pratichi nella donna. In vano su questo proposito ha cercato presto i migliori Scrittori di Chirurgia, compresa l'Alexandrina, una tavola, la quale dia un'idea veramente esatta della posizione propria e relativa di queste arterie col collo del sacco dell'Ernia femorale, e quindi somministrare agl'iniziati nella pratica della Chirurgia i lumi e la direzione necessaria, onde evitare un sì grande infortunio, in occasione d'operare l'Ernia femorale stossata nel maschio. Mi lusingo d'aver supplito a questa mancanza, mediante una tavola diretta unicamente a questo scopo, ed annessa alla terza memoria.

Non ho trascurato di esaminare ne'cadaveri l'Ernia ombelicale, e quella della linea bianca. Nel fare la qual cosa, ho seguito passo passo i combiamenti, sui è sottoposto naturalmente lo spiraglio aponevrotico dell'ombelico nell'embrione, nel feto a maturità, nel bambino, nell'adulto, affine di determinare, per quanto mi è stato possibile, le cagioni principali tanto disponenti che prossime di quest'Ernia, la quale pur e tuttora è congenita, di u

avventizia; la differenza inoltre, che passa fra quest'Ernia e quella della linea bianca, ed il giusto valore da darsi ai proposti mezzi preservativi e curativi di questa malattia nei differenti suoi stadij.

La gangrena dell'intestino estruso nell'Ernia dà occasione alla fistola eterocoraca ed all'aia uterale. Non astante un sì grave disordine, qual è la perdita di un tratto, talvolta assai considerevole, di tubo intestinale, egli è noto a tutti i Chirurghi che la natura, anzi epreso colle proprie sue forze, perviene a ristabilire la continuità del tubo alimentare. Da quanto trovo scritto intorno a questo sorprendente fenomeno, mi è sembrato che finora non sia stato dato un esatto ragguaglio dei mezzi semplicissimi ed affatto suoi, che Natura impiega per effettuare la guarigione di questa schifosa infermità. L'inepezione de' cadaveri di quelli nei quali questo processo curativo avea avuto luogo in parte o in tutto, mi ha instruito su questo importante argomento, intorno il quale mi sono largamente intrattenuto, perchè mi è sembrato gettare qualche lume sui fenomeni della vita animale, ed inoltre perchè ha una immediata influenza sul piano curativo di questo ed altre analoghe malattie.

Per ultimo, sulla costrazione del cinto per l'Ernia inguinale, femorale ed ombelicale, ho esposto, con quella maggior chiarezza per me possibile, quelle nozioni che ho appreso dalla anatomia, dalla meccanica e dalla frequente applicazione di questa macchinetta, ad oggetto di portarla a maggior grado di perfezione di quanto è presentemente.

Mi rincresco assai di non aver potuto estendere le mie ricerche anco alla patologia dell'Ernia così dette rare, siccome sono quelle del foro ovale, della fenditura sacro-incidica, del perineo (\*), della vagina; ma la rarità appunto di questi mali, non essendo io alla testa d'un popoloso ospedale, è stata finora un ostacolo insuperabile alla mia intrapresa, che prevedo non potrà essere condotta a termine, che mediante le osservazioni riunite di molte persone dell'arte, le quali ad una pratica molto estesa uniscono l'opportunità d'istituire delle indagini ne' cadaveri, ed il verace desiderio di condurre a perfezione questo ramo importantissimo di Chirurgia.

(\*) Più tardi il Clinico di Pavia esaminò questa specie di ernia, e ne pubblicò le osservazioni relative nel 2. T. de' suoi Opuscoli di Chirurgia le quali noi collocheremo al suo luogo.





# MEMORIA PRIMA

SULL'

## ERNIA INGUINALE

DESCRIZIONE

51 **U**no dei più dotti e rinomati chirurghi nella teoria e nella pratica di curare l'ernia, l'ANNAUO (1) scrisse: ch'egli desiderava grandemente di poter ultimare un'opera da esso lui cominciata sui erniamenti, cui vanno sottoposte le parti interessate nella formazione delle ernie in generale; perchè egli credeva fermamente, ed aveva, e mio parere, grandi motivi per credere, che le chirurgie de' suoi tempi era mancante di morioni patologiche, ch'esse ed esatte intorno a queste malattie. Lo scritto di cui fu mena ora questo celebre chirurgo, non è stato da esso condotto a termine, ovvero non è finora comparso alla luce. CAXERA ebbe in aiuto, io credo, di rappresentar, e sommario del delirare alcune tavole rappresentanti l'ernia inguinale e scrotale; ma egli pare cessò di vivere pria di aver finito questo suo lavoro. Le tavole ora mancanti non per tanto sono state pubblicate da SORMAZIAN (2). Dobito però aver che certe tavole possono essere d'alcun minor valore vantaggio per la studiosa gioventù, sì perchè le parti che rappresentano, costituiscono l'ernia inguinale e scrotale, delineate

inoltre, non sono abbastanza dettagliate per mostrare gli stretti rapporti ch'esse hanno fra di loro e colle vicine, come perle non mettono sotto occhio degli iniziati in chirurgia quelle complicazioni e quelle varietà che spesso s'incontrano nelle diagnosi e nel trattamento di queste infermità. Alcune altre descrizioni patologiche dell'ernia scrotale, corredate di disegni, sono state pubblicate dopo quelle di CAXERA; ma tutte, per quanto so, sul modello di queste prime, e perciò colle medesime imprecisioni. Per la qual cosa io credo che le opere di ANNAUO si possano giustamente ripetere sino al giorno d'oggi. Prova di ciò ne è la descrizione anatomico-patologica, che il BIGNARDI dà dell'ernia inguinale nel trattato da esso pubblicato, opera, che, per generale consenso dei chirurghi, compendia tutto ciò di più accentrato e preciso che noi abbiamo intorno a questo argomento. *Il sacco erniario*, scrive egli (3), o *manto* che l'ernia inguinale si accresce di volume, discende nello scroto e nel testicolo cellulare del cordone, altrimenti detto *tonno vaginale*. Tutto il tumore, denominato

(1) *Mém. de chirurg. T. II, Appendix pag. 9. Je voudrais être en état de finir l'ouvrage, que j'ai commencé sur les dérangemens qui surviennent aux parties intéressées dans les hernies. Je crois de très-bonne foi qu'il manque à la chirurgie.*

(2) *Icones herniarum.*

(3) *Traité des hernies, chap. V. Description exacte de l'ernie inguinale.*

SENARS Vol. II,

*ernia*, è formato dalla pelle dello scroto, dal tessuto cellulare e dal sacco erniario. Il testicolo ed il cordone spermatico sono sempre fuori del sacco, il cordone dietro del sacco, il testicolo nella parte posteriore ed inferiore del sacco medesimo. Ma, s'egli è vero, com'è verissimo, che il sacco erniario fatto dal peritoneo si ricurve per entro del tessuto cellulare, ed involge il cordone spermatico, poiché è indubitato che questo tessuto cellulare del cordone colla sagitta del testicolo sono naturalmente chiusi per entro la guaina del muscolo cremastere, ne viene di conseguenza che il sacco erniario colla viscere si stende nell'inguine e nello scroto si troveranno compresi per entro del cremastere, che è quanto dire, il cremastere muscolo colla rete spongiosa costituirà uno de' principali involti dell'ernia inguinale o scrotale. Di questo fatto di notoria patologia anatomica, non è punto fatta menzione nel RACINZA nella sua descrizione dell'ernia inguinale che egli chiama *emita*. Lo stesso autore non rammenta, se il sacco erniario, fatto dal peritoneo, s'innalza a nudo nella cellulosa che involge il cordone, ovvero se si penetra preceduto ed accompagnato da quelle sollee distensibili cellulose, che lega naturalmente il grande sacco del peritoneo alle pareti muscolari dell'addome; se alla formazione del sacco erniario sia sempre bastante quel tratto di peritoneo che rit di contro l'aurto inguinale, ovvero se trivoltta renga tratto in giù anco quella porzione del grande sacco che veste la regione ileo-lombare; se la discesa delle viscere dal seno del ventre nello scroto si faccia sempre per una linea obliqua dal fianco al pube, ovvero involta nella direzione del scroto al pube, secondo l'ure minore delle peli; se nell'erage scrotali rosche e voluminose si necessa effettivamente il numero degli involti contenuti le viscere, paragonati con quelli dell'ernie roscole piccole e recenti, e se codesto incremento di strati nell'ernia rosche riferire si debba ad un incremento di densità del sacco erniario fatto dal peritoneo, ovvero a tutt'altre ragioni: se il cordone spermatico si trovi costantemente dietro del testicolo, ovvero talvolta da un lato o dall'altro

del sacco, e per anco sulla faccia anteriore del sacco medesimo; lo che, malgrado osservazioni positive, è stato posto in controversia; per quale motivo in fine l'atrice epigastrica, la quale nel maggior numero dei casi si trova lungo il lato interno del collo del sacco erniario, trivoltta ritenga la sua parte una posizione nel lato esterno dell'ernia inguinale. Questi altri pericoli questi che potrei fare, ed in quali non corrisponde un'adeguata risposta nell'opera di RACINZA e negli altri libri che trattano di queste materie, giustificano il motivo per cui ho intrapreso di scrivere questa Memoria. Nel fare la qual cosa non ho creduto di poter esporre le mie osservazioni con maggior ordine e chiarezza, che facendo un esatto confronto dello stato sano col morbo delle parti interessate nella formazione dell'ernia inguinale, non meno frequente che pericolosa malattia.

§. II. In irritato il muscolo obliquo esterno dell'addome, (1) allaccia anteriormente alla linea bianca, e lateralmente alla spina superiore e l'anteriore dell'osso del femore, assume tratto più di spessore e di elasticità, quanto più discendendo si avvicina al margine inferiore del ventre. Iperperciocchè poco sotto dell'ombelico, e più particolarmente alla distanza di circa quattro dita trasverse dall'arco femorale e dall'anello inguinale, le strisce spongieuse di questo muscolo sono di gran lunga più rilevate e grosse di quelle che si osservano di sopra dell'ombelico; e nel calare s'indurisce de tegumenti e lasciato per alcune ore all'aria aperta, la porzione inferiore dell'opponere dell'obliquo esterno appiccica oppr, fitta e grossa, mentre il restante della stessa spongiosa in prossimità ed al di sopra dell'ombelico, conserva la sua pellucidità, e lascia trasparire dietro di se i colori dei muscoli addominali sottoposti. Alla distanza d'un pollice e mezzo circa dall'osso del pube, codesta porzione più compatta ed elastica dell'opponere dell'obliquo esterno si separa in due parti, delle quali la superiore (2) più larga della inferiore va ed impiantarsi nel margine e nella sommità dell'osso del pube ove sembra incorporarsi non quella del lato opposto, e confondersi colle

(1) *Tav. I. A. B. D.*

(2) *Tav. I. g. b. b.*

ligamentosa sostanza che tiene unite le ossa del pube, dalla quale sostanza trae origine il ligamento sospensorio del pene (1). L'altra porzione dell'aponevrosi dell'obliquo *esterno*, o sia l'inferiore (2) è meno larga, ma più grossa ed elastica della superiore, scende obliquamente dall'alto in basso e si divide in una rete sopra la fossa femorale, della quale forma l'arcata, e si inserisce con un distenduto nel tubercolo e nella spina della sommità dell'osso del pube, ove essa può sì confondersi colla ligamentosa sostanza che insieme sostiene quest'osso. Questo infimo margine dell'aponevrosi dell'obliquo *esterno*, denominato ligamento di Fallopio o di Poncarzio, si arrovescia alquanto all'insu, ed all'indietro, per cui, guardato dal lato del ventre, apparire come solcato per tutta la sua lunghezza. La massima ampiezza di questo solco vedesi nell'embrione suo inferiore, ove esce il cordone spermatico Tav. XI, Fig. 1. W. Dalla divaricazione delle due porzioni ora menzionate, risulta quella femmina denominata anello inguinale, diretta obliquamente dal fianco al pube, di figura piuttosto triangolare che ellittica, per la quale trascorre nel maschio il cordone spermatico ricoperto dal cretaceo, e nella donna il ligamento rotondo dell'utero soltanto. In generale l'aponevrosi dell'obliquo *esterno* sembra fatta da una serie di piccoli nastri disposti in tante altre linee parallele fra di loro dall'alto in basso o dall'insu all'innanzi, o sia nella direzione stessa delle fibre carnee dell'obliquo *interno*, per cui la detta aponevrosi ha l'apparenza d'una tela semplicemente ordita. È ignota l'orditura riscontrasi per tutta l'estensione della detta aponevrosi, eccettuato il luogo ove comincia a diramarsi per la formazione dell'anello inguinale. Ivi non ha più l'aspetto di una tela soltanto ordita, ma tosta piuttosto, e interseccata da parecchi altri nastri tendinosi (3)

(1) Tav. I. d.

(2) Idem p. i. c. e.

(3) Idem i. & b. h. tav. II. a. a. b. b. c. d. *CAMPEN* tab. hern. tab. VII. x. tab. IX, f. I. H. B. f. XIII — §. 24. *His duobus tendinibus audius firmatur, muscoli fibræ a se invicem divisi. Non tamen a se invicem dividuntur, ut seorsim discurrant, an facile vi vidibiles dirumpantur. Fibræ obliq., & transversæ, eas iterum rursus unant, decussando primo descriptas: imò, in herniæ præsertim incarceratis, fibræ plant transversas perperat hincam riformantes.*

(4) *Traité des muscles*, n. 84.

in direzione diversa dai primi, la maggior parte dei quali ultimi si aprono dall'arcata femorale a modo di picole foci, si stende sulla sommità dell'anello inguinale, e si perde nel lato interno dell'anello stesso. Contratto interseccamento delle fibre tendinose dell'aponevrosi dell'obliquo *esterno*, ha qualche somiglianza con quella innervatura di bruto tendinoso, che si osserva sull'aponevrosi del diaframma d'intorno l'orificio tendinoso, per cui avendo la vena aorta. Ed è indubitato che l'aponevrosi dell'obliquo *esterno* più grossa ed elastica nella regione inferiore dell'addome, che nella superiore, applicata a modo di *verruca*, ricorre sopra un maggior grado di elasticità e di elasticità in vicinanza del margine inferiore dell'addome, e d'intorno l'anello inguinale, che tutti gli altri della sovrapposizione ed interseccamento delle sopra accennate fettucce tendinose, nell'istività delle quali almeno dovrebbe ridursi, e per mezzo di esse la natura ha voluto fissare i limiti dell'anello inguinale, ed opporsi alla ulteriore diramazione delle rotande tendinose dalla parte del fianco. Certa cosa è che non altro interseccamento di fettucce tendinose simile a questo, almeno per ciò che spetta al numero e grossezza dei nastri, s'incontra in tutto il resto dell'aponevrosi dell'obliquo *esterno*, siccome neppure nelle sottoposte aponevrosi del muscolo obliquo *interno*, e *transverso* dell'addome. WIGGLESWORTH (4) che le striscie tendinose ora innervate, che egli chiama *laterali*, non esistono nei bambini; e dopo di esso si fu taluno, il quale mise in dubbio se una simile struttura sia osservabile nelle donne, lo posso assicurare d'averla riscontrata nei bambini e nelle donne, ogni qual volta l'ho cercata con diligenza.

§ III. L'estrema angustia del muscolo obliquo *esterno* e coperta da una sottile tela aponevrosica, la quale poichè si espande inol-

spermatico colla cellulosa che lo cirge, ed insiememente la tunica vaginalis del testicolo.

§ V. Il muscolo traverso dell'addome (1) situato sotto dell'obliquo interno, ed attaccato esso pure al margine interno della cresta, ed alla spina anteriore dell'osso del fianco, non discende colle sue carni tanto in basso ed in tanta vicinanza del ligamento fallopiiano, quanto fa l'obliquo interno. Le fibre sue più inferiori non sono spostate da alcun ceco che le trapassi. Imperciocchè il cordone spermatico nell'attraversare che fa le pareti muscolari del ventre, non passa fra alcuna divisione delle fibre carnee inferiori del traverso, come fa per quella praticata nell'obliquo interno, la quale dà origine, come si è detto, al cremastere, sua sede soltanto per disotto del margine carneo inferiore del traverso muscolo. Il luogo preciso di questo passaggio del cordone spermatico per disotto del muscolo traverso è ad un pollice circa di distanza più indietro verso il fianco, di quel che riesce anzi la sede della divisione delle fibre carnee inferiori dell'obliquo interno, o sia dell'origine principale del cremastere. L'aponevrosi del traverso sorregge il muscolo retto per inserirsi nella linea bianca, e più in basso che l'anello inguinale si pianta nel pube dietro l'inserzione dell'aponevrosi dell'obliquo interno. Per quanta diligenza io abbia impiegata, non mi è stato possibile di determinare con sicurezza, se il sottile mesogio carneo inferiore del traverso muscolo contribuisca alcuna fibra alla formazione della porzione maggiore del muscolo cremastere. Sono quelle inferiori tenuissime fibre carnee del traverso così strettamente unite alle inferiori fibre muscolari dell'obliquo interno nella sede di comune attacco alla cresta dell'osso del fianco, ed alla spina superiore ed anteriore del medesimo osso, che non mi è riuscito in quei punti d'unione di distinguere le fibre d'uno di questi muscoli da quelle dell'altro. Ciò non pertanto parmi che si possa dire senza timore d'errore che il traverso in quel comune punto d'unione coll'obliquo interno somministra alcune fibre carnee alla

formazione della porzione maggiore del cremastere, sono rar pochissime ed esilissime.

§ VI. Detratto il peritoneo colla cellulosa sua esterna, l'intera superficie della parete addominale, non altrimenti che l'esterna sotto i comuni tegumenti, vedesi coperta da una tela sottile, in parte sponevrosa, in parte membranosa, alla quale ASTRUC COOPER ha dato il nome di *Fascia Transversalis* (2). Questa tela si estende fino in vicinanza del diaframma, dei lombi, e della cresta del fianco, si ingrossa sempre più a misura che discende, espandendosi su tutta l'intera superficie del muscolo traverso, sia ad inserirsi nel margine arrovesciato indietro del ligamento fallopiiano, della cresta superiore ed angolare del fianco al pube. Si direbbe volentieri, che questa tela, partecipa di tutti gli attacchi del muscolo traverso, aver di appoggio alla brevità della sua aponevrosi, e di quella dell'obliquo interno, le quali non discendono tanto in basso nella piegatura della rima quanto l'aponevrosi dell'obliquo esterno, il di cui margine inferiore costituisce il ligamento fallopiiano. E questa opinione rendesi verisimile anzi da ciò, che nella sede la più debole della regione inguinale, cioè dall'arteria femorale al pube, la natura ha aggiunto alla tela *transversalis* un'altra tela veramente aponevrotica, di figura triangolare (3), la quale si spicca dal lato esterno del tendine del muscolo retto dell'addome, e si impianta in quel tratto del ligamento fallopiiano ove è prossimo ad inserirsi nel pube.

La *fascia transversalis*, guardata dalla parte del cavo del ventre, a un pollice e mezzo circa dall'anello inguinale, dà passaggio al cordone spermatico. Costato passaggio non consiste in una semplice fradima, ma in una guaina somministrata dal cordone dalla detta fascia. Imperciocchè all'avvicinarsi del cordone al luogo del suo passaggio sotto il margine carneo del muscolo traverso, la tela *transversalis* lo avvolge in un imbuto membranoso, che lo accompagna sin nello scroto. Su di che non può cadere dubbietà alcuna; poichè, essendo alcun poco il cordone sperma-

(1) *Ibidem*, c.

(2) *The Anatomy and Surgical Treatment of inguinal, and congenital hernia* Plate I. p. 1.

(3) *Croquet. Loc. cit. Plancha I. Fig III. E.*

tiro fuori dell'anello inguinale, si vede uel cavo del ventre fermarsi sulla *Fascia transversale* un imbuto, che vi si appropinqua insieme al cordone spermatico (1), e *eleverem*, tirando alquanto il cordone nel cavo del ventre sparisce quella forma infundibuliforme, ed apparisce la guaina che gli viene somministrata dalla *Fascia transversa*, la di cui rottezza, e trasparenza è sì grande, che basta trovarlo dritto di se il tessuto cellulare che unisce insieme i vari spermatici, e più in basso le fibre muscolari del cremastere. L'ingresso funeboliforme della guaina di cui si è detto è denominato anello inguinale *interno*, l'orlo inferiore del qual ordinario, è alcun poco più rilevato e consistente del superiore.

§. VII. Si fatta disposizione delle parti muscolari dell'addome, restava ancora il corso che tiene il cordone spermatico dal di dietro del sacco del peritoneo, e dai lombi all'anello inguinale, merito di terre uell'attrattivo degli anatomici non meno che dei chirurghi, in quanto che l'anello inguinale ha di contro della parte del ventre la *fascia transversa*, e le due aponeurosi, dell'obliquo *interniore*, e del *trassero*, le quali, benchè sottili in paragone di quella dell'obliquo *esterno*, chiudono però l'apertura dell'anello dalla parte del ventre, e resistono all'impulsione diretta delle viscere addominali contro lo spiraglio dell'inguine, fuori e il passaggio del cordone spermatico e *trassero* la triplice parete muscolare del ventre non si fu nella direzione dal sacco al pube secondo l'atto naturale della pelvi, poichè, come si è detto, non è impedito dalle due aponeurosi, in brani per una linea obliqua dal fianco al pube. Per la qual cosa egli è chiaro che ciò che chiamasi comunemente anello inguinale, è piuttosto un canale, l'istima restando del quale corrisponde al luogo d'uscita del cordone spermatico sotto del margine carnoso inferiore del *trassero*, l'istesso, nell'anello inguinale generalmente detto. Ed avuto riguardo all'asse nuova della

pelvi, dei tre passaggi del cordone spermatico per le muscoli addominali, l'uno non si trova nella direzione dell'altro, poichè il punto ove il cordone spermatico scende sotto del margine carnoso del *trassero* è a tre pollici circa dal pube, ed è il più profondo; quello ore passa per la divaricazione delle fibre carnose inferiori dell'obliquo *interno*, o sia fra queste fibre o l'origine principale del *cremaster*, è a due pollici dal pube, ed un minore profondità del primo; quello infior ove il cordone spermatico esce dall'anello dell'obliquo *esterno*, si trova a un pollice soltanto dal pube, ed immediatamente fuori sotto i legamenti dell'inguiar. Per lo che non sarebbe forse difficile il conchiudere le due opposte dottrine intorno l'anello inguinale, che dalla maggior parte degli anatomici suoli riguardare come scolpito nell'aponeurosi dell'obliquo *esterno* soltanto, mentre si parla de' aloni, che rivisti dal nostro di tutti e tre i muscoli addominali (2). E certamente se vuoi porre mente soltanto al luogo in cui il cordone spermatico spunta fuori dell'inguine, egli è indubitato che vi ciò che il passaggio al cordone fuori dell'addome, non è che la laceratura praticata nell'aponeurosi dell'obliquo *esterno*; ma se per passaggio del cordone spermatico dai lombi all'inguine, s'intende, come intendere si deve, il tragitto di circa tre pollici, che il cordone percorre dal di sotto del margine del *trassero* all'inguine, e forza convenire che ciò che comunemente dicesi anello inguinale, è propriamente parlando, un canale inclinato dal fianco al pube, fiancheggiato all'incantri dall'aponeurosi dell'obliquo *esterno* e posteriormente dalla divaricazione delle fibre carnose inferiori dell'obliquo *interno*, dal margine inferiore del *trassero* muscolo, e dalla rispettiva loro aponeurosi, le quali, discendendo più in basso che l'anello inguinale, ed inserendosi nel pube, tolgono ogni comunicazione diretta di quest'apertura col cavo del ventre (3). Altrove nelle due tavole dei muscoli, avendo una bene indicato il tratto che

(1) CLOQUET. *Loc. cit. Planch. I. Fig. III. F.*

(2) STENZEL. *Comment. de nerv. lumb. §. 47. A natura edocens sum obliquum minorem et transversum abdominalis in illa region locum rurs tendens ad annuli formationem aliquid confert.*

(3) In omaggio alla verità non debbi omettere, che il canale inguinale era stato descritto abbastanza chiaramente da RIVIERO il figlio colle seguenti parole. « *Interna ob-*

percorre il cordone spermatico sotto dell'apponevrosi dell'obliquo esterno, ha mostrato del pari la lunghezza e la direzione del canale di cui si è parlato. Che se fusì attenzione che la aponevrosi dell'obliquo interno e del trasverso di contro l'anello inguinale, e sotto di esso nella loro inserzione sul pube, qualunque sottili essi, pure, ardo riguardo alla sua obliqua ma naturalmente aperta, che perrotte il cordone spermatico dal fianco all'inguine, rendono il lato interno dell'anello verso la linea fianco più munito, e corroborato di quel che sia il tragitto del cordone spermatico dal di sotto del margine carnoso del muscolo trasverso all'anello stesso; apparirà il motivo per cui, come si dice in seguito, si formano più frequentemente l'ernie inguinali nella direzione dal fianco al pube, che dal sacro al pube, secondo il picciol diametro della pelvi.

Nel feto a termine non esiste, propriamente parlando canale inguinale. Questo condotto si forma gradualmente, e misura che il bambino va crescendo. L'ingresso del cordone nella parete addominale, e l'uscita da essa sono quasi di contro, o tutta al più l'inclinazione non eguaglia una linea. Un mese dopo la nascita, l'orificio interno comincia ad essere manifestamente inclinato verso il fianco; e ciò si fa sempre più rinall'età adulta; l'orificio verisimilmente deriva dalla crescente espansione delle ossa innominate, e dalla crescente pressione delle viscere contro la parete addominale, per cui lo strato interno dell'addome si fa correre, per così dire, sull'esterno, dal pube al fianco. Si intende da ciò, perchè l'ernia inguinale accade più frequentemente nei bambini che nei fanciulli; perchè nei primi sia più facile da riporsi che nei secondi; perchè mantenuta riposta guarisca radicalmente uti teneri fanciulli più volentieri che negli adulti; negli adulti poi la direzione obliqua del canale inguinale dal pube al fianco orta grandemente alla formazione dell'ernia inguinale; poichè sotto la pressione delle viscere, la parete posteriore del canale inguinale spinta al-

l'innanzi fa l'ufficio di valvola, la quale si oppone al facile ingresso delle viscere stesse nel canale che trasmette il cordone spermatico.

§. VIII. Il peritoneo è una sottile membrana in apparenza erugue, ma effettivamente forata di copiosissimi vasi sanguigni, e di linfatici innumerevoli, intrecciati fra di loro in modo non dissimile da una reticella finissima, siccome dimostra le fini iniezioni, e confermano il celere assorbimento e la progressione dei liquidi colorati versati a bella porta nel cavo del reutro degli animali. Sotto l'azione degli stimoli applicati a questa membrana, come l'aria, per via d'esempio, il sangue effuso, l'orina, le ferre, la soluzione di continenza e simili, il peritoneo mostra una singolare proclività e prontezza ad infiammarsi, e durante l'infiammazione a fondere copia grande di furia non resistibile, nel quale stato il peritoneo si fa prestamente aderente alle parti colle quali si trova a contatto. Oltre di ciò egli è un fenomeno una meno costante che degno di riflessione quello che una porzione di peritoneo non infiammata porta a contatto d'una'altra infiammata, quest'ultima a ragione bastante perchè la prima parimente s'infiammi ed acquista l'attitudine necessaria per farsi aderente alla sua vicina. Godita facilità del peritoneo ad infiammarsi e farsi aderente alle parti contenute nel cavo del ventre, e ricoperte dalla stessa membrana, se per una parte dà occasione di leggieri e gravi e pericolosi accidenti, dall'altra costituisce uno de' mezzi più efficaci, che possiedono la natura e l'arte per andare al riparo di danni gravissimi, che d'altronde deriverebbero dalla lesione de' ricieri addominali, segnatamente del canale intestinale per motivo di ferita o d'ernia incarcerata e gangrenata. Imperciocchè, per qual altro mezzo, l'orchè per questo, le ferite del reutro con offesa delle viscere; quelle degli intestini al di là della portata della mano del chirurgo; quelle di più robuste l'intestino perigliate da più che ha attraversato il basso ventre; la perdita d'un tratto di canale inte-

« *servatis aponevrosibus obliquis externis prope os pubis et peristam, et obliquis ascendentibus, et transversis aponevrois juxta spina anterioribus, et inferiorem ossis ilium sunt perforatae; ideoque foramina utriusque inveniunt non sunt directe opposita, ne tam facile intestinum in inguen, aut scrotum devolveretur. Hinc fortasse causa est, ob quam praeterea in viscera repositum post herniotomiam moventur cavendum, ut inter abdominalium parietem intestina eodem tantum repellantur.* » Antrop. Lib. II. pag. 141.

etinale gangrenato, vanno e guiscione senza effusione di molto sangue o di fiore nel cavo del ventre? Il peritoneo, malgrado la sua sottigliezza, è capace di resistere ad una forza di distensione assai considerabile senza rompersi o perdere della naturale sua elasticità. Mi ha constatato la esperienza che un largo disco di questa membrana, presa recentemente del cadavere e trsa sopra un vecchio a mole di fungo, ha sostenuto il peso di quindici libbre senza rompersi, e levato il peso è elastica presso o poco alla posizione che aveva prima; non so che dopo continuata per molto tempo questa pressione e gradualmente ancor accresciuta, che la detta membrana ha perduto la naturale sua elasticità, e si è approfondata a mole di sacco. Ma pervenendo ancora da tal sorta di sperimenti e di prove, sono già abbastanza noti e numerosi i fatti patologici, i quali dimostrano chiaramente che i muscoli addominali colle loro aponeurosi, senza il concorso del sacco elastico fatto dal peritoneo, non sarebbero sufficienti a contenere adeguatamente nella sede loro naturale le viscere del basso ventre.

§ IX. Il peritoneo non è però egualmente compatto ed elastico in tutte le regioni del ventre: né in tutti i punti della circonferenza dell'addome. Questo sacco membranoso non è coperto egualmente e corroborato dalla sovrapposizione degli stessi ramosi ed aponevrotici dei muscoli addominali. Imperciocchè il peritoneo è più fitto ed elastico nei lombi che nei lati e nella faccia anteriore dell'addome, segnatamente d'intorno l'ombelico ed la virgola della cartilagine umb. consta, e lungo la linea bianca. E per ciò che spetta alla sovrapposizione dei muscoli e delle aponeurosi loro, il peritoneo nella faccia anteriore del ventre, dalle cartilagine emarginate, discendendo ai lati della linea bianca, poco più in basso dell'ombelico, e ricoperto da una doppia aponeurosi somministrata da ciascuna delle due muscoli trasverso ed obliquo interno, le quali aponeurosi formano la guaina che in avvolge i lati e chiude il muscolo retto. Ma non è così in quel tratto dell'addome che è al di sotto dell'ombelico al pube, e dalle spine superiori del fianco lungo il ligamento fallo- ppeo al pube; poichè dal di sotto dell'ombe-

lico al pube il muscolo retto è munito di guaina aponevrotica, ed appoggia immediata- mente al peritoneo (1) e nel margine inferiore e laterale dell'addome dalla guaina superiore del fianco al pube, seguendo il tragitto che percorre il cordone spermatico, il peritoneo non è ricoperto e munito d'altro tipo- ramente forte, che dall'aponeurosi dell'obliquo esterno, poichè quelle dell'obliquo interno e del trasverso ivi sono assai deboli e sottili. Egli è vero che la natura ha provvi la membr. iogrossa in quel luogo, più che tutto altrove, l'aponeurosi dell'obliquo esterno, e lungo l'arcata femorale ha resa la colonna inferiore dell'angolo inguinale più grossa o tendinosa della superiore, e che inoltre ha strettamente unita l'arcata femorale alla tela aponevrotica superficiale, ed a quella del fasci- lata; ma ciò non ostante, arto riguardo alla sottigliezza dell'aponeurosi dell'obliquo interno e del trasverso, egli è indubitato che per tutto il tratto che percorre il cordone spermatico dal disotto della carne del trasverso muscolo all'anello inguinale, il peritoneo è nudo coperto e corroborato da altri tessuti ed aponevrotici, che non in tutto il restante dell'ambito del ventre.

§ X. Postrandolo l'occhio per entro della cavità del basso ventre contro la regione iliaca ed inguinale, v'è lei tosto, che il grande sacco del peritoneo forma ivi due infossamenti distinti l'uno dall'altro da un tramezzo fatto dall'innalzamento del ligamento ombelicale, nel feto, unitamente alla falce del peritoneo, che il detto ligamento solleva a canto della vena cava, e tiene stesa dal fondo della pri- all'ombelico. Di questi due infossamenti, il superiore riguardante il fianco è il più profondo, ed ha d'ordinario una figure teian- golare col vertice rivolto alcun poco più lo basso di quel luogo, in cui nel feto il testicolo comincia a discendere dall'addome nell'ingaine, e dove nell'adulto il cordone sper- matico scende sotto del margine carneo del trasverso. L'altro infossamento minore ed in- feriore, situato nel lato interno del ligamento ombelicale sospensione della vena, corris- pone all'ingaine, presso o poco al di qua di quel luogo verso il pube, ove il cordone spermatico scende a scendere l'arteria epigastrica. Di

(1) *Two I. 5. 5. Two II. m. n.*

queste due fosse, la superiore più ampia, come si è detto, e più profonda della inferiore, è quella entro della quale si inchiodano gli intestini fortemente compressi dai muscoli addominali, e dal diaframma: sotto un gagliardo sforzo: ed è ivi appunto, come mostrerò io appresso, che più frequentemente ha origine l'ernia inguinale, poichè il ripiegamento del ligamento sospensorio della vescira e della falda del peritoneo si oppone che le viscere compresse e inchiodate in quella fossa, se ne scotino, onde discendere e gravitare nella pelvi. Del resto la capacità delle due fosse ora descritte varia nei diversi soggetti, secondo che la plega del peritoneo alzata dal ligamento ombelicale è più o meno distante dal pube.

§ XI. Il sacco del peritoneo è al di fuori unito alla parete muscolare ed aponevrotica dell'addome, mediante un tessuto cellulare soffice, e facilmente distaccabile per lungo tratto senza lacerazione. Questa unione del tessuto cellulare esteriore del peritoneo colle carni e colle aponevrosi dei muscoli addominali è talmente flessibile e cedente, che sotto certe circostanze permette al peritoneo di stracciarsi, per così dire, dalla parete muscolare ed aponevrotica del ventre, e quindi cambiare di posizione, senza che perciò si laceri il cellulare tessuto, che lo teneva unito ai muscoli ed alle aponevrosi dell'addome. La possibilità di codesta traslocazione del peritoneo senza rottura del circomposto tessuto cellulare è provata dalla discesa del testicolo nel feto, nel quale egli è indubitato che la tunica vaginale si forma da quella parte del grande sacco del peritoneo, che pria della discesa del testicolo era legata per via di tessuto cellulare alla regione lombare ed iliaca. Confermano questa stessa verità alcune maniere d'ecchia inguinale e scrotale, delle quali sarò occasione di parlare, e nelle quali l'adesione naturale degli intestini col grande sacco del peri-

toneo entro il ventre, si trova trasportata dalla regione iliaca nello scroto, e velessi fornire ivi parte del sacco erniario, senza che sia stata preesistente rottura alcuna del tessuto cellulare, che in tutto sono unisce quel testolo di peritoneo alla parete muscolare ed aponevrotica dell'addome; il quale tessuto cellulare in simili circostanze non muove d'aver subito altro cambiamento che quello di allungamento delle sue maglie, e di essersi spallato in tal modo a seguire il peritoneo ne' diversi suoi cambiamenti di posizione forzata e non naturale (1).

§ XII. Il tessuto cellulare, che dietro il grande sacco del peritoneo avvolge mollemente i vasi spermatici, e gli accompagna tutto il lembo carnoso del muscolo trasverso, continua a stringere i medesimi vasi, passando per la divisione delle fibre muscolari inferiori dell'*obliquus internus*, e lungo il tubo inguinale tutti dell'anello nell'inguine e nello scroto, sino al luogo dell'inserzione dei dotti vasi nel testicolo. Questo cellulare involto, continuazione di quello che lega il grande sacco del peritoneo alle pareti muscolari ed aponevrotiche dell'addome, quanto più s'avvicina all'uscita dei vasi spermatici dall'anello inguinale, tanto più si gonfia ed ingrossa; ed oltrepassato che ha l'anello inguinale, si trova codesto cellulare tessuto rinchiuso insieme coi vasi spermatici e colla vaginale del testicolo nella guaina muscolare ed aponevrotica del cremastere, la quale si estende sino al fondo dello scroto. Fatto un piccolo pertugio nella sommità di codesta guaina del cremastere, e spintavi dell'aria nel tessuto cellulare, che avvolge il cordone spermatico, questo si gonfia prontamente e si solleva in forma di grosso cilindro, il quale si prolunga già nell'inguine nello scroto e sino al punto dell'inserzione dei vasi spermatici nel testicolo, nel qual punto vedesi un infossamento o orlo circolare, che segna i con-

(1) CROQUET. *Loc. cit.* pag. 45. *Il est facile de faire cette expérience sur le peritoine d'un fœtus humain, et de la région lombaire. Pour cela on incise cette membrane de haut en bas, on l'enlève d'un côté de manière à mettre à découvert le tissu cellulaire qui unit à la fosse iliaque la portion que on a laissée adhérente. En tirant avec précaution cette dernière, on remarque, que les phénomènes indiqués se passent sans déchirement, à moins d'une traction trop considérable. Si le peritoine reste ainsi déplacé pendant la vie, le tissu cellulaire qui l'a accompagné est tiré et allongé; ses lamelles contractent entre elles des adhérences de plus en plus intimes, et s'organisent en une membrane fibro-cellulaire, qui peut acquiescer beaucoup d'épaisseur, comme on le voit dans quelques cas des hernies.*



fusi fra la cellulosa re del cordone o la vaginale del testicolo. Durante questo stato d'artificiale distensione della cellulosa heinzolge i vari spermatici, e con mano sospesa si fende la gascia del cremaster, comparisce a nudo il corpo callosolare che cinge il cordone spermatico, e vedesi composto d'impì e lunghi cancelli a modo di sostanza vescicolare spugnosa, facilmente cedente e distensibile tra le lacertie, attraverso della quale rompono i vari spermatici distinti l'uno dall'altro, ed accanto ai medesimi scorgesi quel prolungamento del peritoneo che nel bambino costituisce il collo della vaginale del testicolo. La facile distensibilità del tessuto cellulare che cinge i vari spermatici, è resa pare manifesta dall'idrocele diffuso del cordone spermatico.

§ XIII. la ricinatura del lato esterno dell'anello inguinale, secondo l'arteria epigastrica (1). Quest'arteria nasce dall'arteria esterna in prossimità dell'arco iliaco, a pollice circa più in basso di quel che si renderebbe la continuità del grande sacco del peritoneo. L'intervallo fra questa continuità e l'origine della detta arteria è riempito da quel medesimo tessuto cellulare (2), che da un lato accompagna fuori del ventre il cordone spermatico, dall'altro i grossi vasi femorali. L'arteria epigastrica si stacca talvolta dal lato interno, talvolta dalla faccia anteriore della iliaca arteria esterna, sotto un angolo o più o meno acuto superiormente col tronco; si nasconde sotto il ligamento fallopio, e dietro l'aponevroso dell'obliquo interno e del trasverso quindi appoggia sulla concavità del grande sacco del peritoneo (3), accende per una linea obliqua dal fianco verso il margine retto del suo lato. Nel tratto che quest'arteria percorre ra-

stante il ligamento fallopio e dietro di esso, teorasi essa rimbombata dal cordone spermatico (\*), poco prima che questo finisca nel passaggio fra la divaricazione delle fibre carnee inferiori dell'obliquo interno, e l'origine del cremaster. Nel luogo ove fatti questo interaccamento, o poco sotto l'arteria epigastrica, dà un rametto che si sparge per la massima parte nel muscolo cremaster, e ne spiega uno o due altri che s'inclinano fra l'aponevroso dell'obliquo esterno, e quella dell'interno, e si spargono nella cellulosa del cordone e si anastomizzano coll'arteria spermatica. L'arteria epigastrica in fine appoggiata, come si è detto, sulla concavità del grande sacco del peritoneo rasceglia il margine inferiore ed interno dell'orificio superiore del canale inguinale, ed ivi ritirata dalla cellulosa ricomparsa al sacco stesso, si porta obliquamente all'interno verso il muscolo retto, teorandosi alla distanza di otto o dieci linee circa dal lato esterno dell'anello inguinale. La vena dello stesso nome (4), nata dall'iliaca vena interna, s'alza un poco più in basso che l'origine dell'arteria, accompagna questa con parecchi rami, dei quali il principale si tiene costantemente al lato interno dell'arteria.

§ XIV. Sio qui della naturale conformazione e posizione delle parti che vengono interessate nell'ernia inguinale e scrotale. Ora passo ad esaminare i cambiamenti che queste medesime parti offrono dopo la comparsa dell'ernia ora nominata.

§ XV. Prevalle fra molti dei più accreditati moderni Chirurghi la dottrina di WARTON (5), di BASSETT (6), di ROSSIO (7), di BARNARD (8), di MORGAGNI (9), che la cagione principale dell'ernia in generale e dell'inguin-

(1) *Tab. I. 5. 6. 7. 8. 9. Tab. XI. Fig. I. 5. Fig. III. m.*

(2) *Tab. II. g. Tab. III. n.*

(3) *HALLER Fasc. V. pag. 8.*, scrivendo: *Incumbit eadem arteria peritoneo primo, inde tendit transverri, et tradit intorsam versus rectam, non ha indicato con precisione il luogo ove la detta arteria si appoggia sull'aponevroso del trasverso e dell'obliquo interno. Questo luogo è a due pollici circa sotto dell'ombelico. Da questo punto in basso l'arteria epigastrica è collocata a nudo sulla convessità del sacco del peritoneo.*

(\*) *Tab. VIII. 5. 11. 12.*

(4) *Tab. I. II.*

(5) *Adenograph. Cap. XI.*

(6) *Dissectiones chirurgicae I.*

(7) *Acta nat. cur. T. II, observ. 178.*

(8) *De herniarum natalibus.*

(9) *De sed. et caus. morb. Epist. 43. art. 13.*

nale singolarmente costituita nel rilassamento ed allungamento del mesenterio, per cui la massa tutta degli intestini o una parte soltanto di essi discende ed urta incessantemente contro l'anello inguinale, ed in fine perironga a farsi strada per questo spiraglio fuori del ventre. Bisognava aggiungera che questo rilassamento del mesenterio e il prodotto d'una straordinaria congestione di sangue e di chilo principalmente in que sta membrana, senza però dar ragione, perche il chilo che scorre pei vasi tutti del mesenterio si soffermi soltanto in una porzione o nell'altra di questa membrana: l'ostacolo degli intestini, a rilasci solamente quella porzione di esso cui corrisponde l'ernia, mentre tutto il restante del mesenterio conserva la naturale sua robustezza e tensione. Chiunque vorrà esaminare senza prevenzione questo articolo di patologia, troverà essere fuori d'ogni controversia che un intestino non può sostarsi dai suoi naturali confini, che per tanto quanto gli permette di fare l'allungamento non naturale di quella porzione di mesenterio, che l'intestino protruso sta attaccato; ma di ciò non rimia, come necessaria conseguenza, che il rilassamento d'una porzione di mesenterio debba precedere la formazione dell'ernia, piuttosto che essere simultaneo alla comparsa dell'ernia stessa. In stato di perfetta salute, due ordini di forze, quello cioè di pressione delle viscere addominali contro le pareti del basso ventre, e quello di reazione delle pareti stesse contro le viscere contenute, sono in equilibrio fra di loro; e questa reciprocità di forze, se in tutti i soggetti ed in tutte le circostanze della vita fosse sempre la stessa, non si formarrebbero giammai in noi dell'ernie; ovvero, se per malattia le pareti addominali cedessero sempre egualmente in tutti i punti della circonferenza dell'addome all'impulsione delle viscere contenute, si verrebbero bensì degli enormi ventrosi, giammai degli erniosi, propriamente detti. Il fegato, la milza, il testicolo qualunque siano protratti da ligamenti, non sarebbero questi urti che un debolissimo vincolo per ritenere le dette viscere nel loro posto, se non vi si aggingesse una costante pressione, una pressione continua prodotta dalla reciprocità d'azione fra la parti contenute e contenute dell'addome: lo che fa altresì che ogni viscera contribuisca a tenere

la vicina nella giusta sua sede. Ma di tutto l'anelito del basso ventre, vi sono alcuni punti naturalmente meno resistenti di altri, principalmente in quel tratto che si stende dalla spina superiore ed anteriore del fianco al pube: questi punti sono necessariamente i meno atti degli altri a reagire contro gli urti, talvolta troppo gagliardi, coi quali le viscere addominali compresse, sono spinte all'insuori. E questi punti o tratti dell'addome sono in alcuni individui meno ancora resistenti che in altri, il motivo di congenita lassità, di fragilità di struttura, d'interos o esterne ragioni debilitanti, le quali sono varie e numerose. Qualora adunque la forza di pressione mi visceri voega ad essere oltre modo accresciuta, o vero che in alcuni dei punti dell'addome si sia minorata d'assi la naturale resistenza, c'è quanto dire diminuito o tolto il giusto equilibrio fra i due ordini di forze sopra menzionati, deva sorgere per meccanica necessità che la somma delle forze esercitate dai muscoli addominali, dal diaframma e dai muscoli elevatori dell'ano, debba dirigersi e coartarsi inta verso il punto meno resistente dell'addome, contro il qual punto verrà spinta quella viscera che per la sua prossimità o per la sua mobilità sarà la più disposta ad essere cacciata verso il luogo meno resistente del ventre. La qual viscera, se sarà un'ansa d'intestino, dovrà pure succedere necessariamente che il concentramento delle forze muscolari prementi agirà simultaneamente sull'intestino e sulla porzione di mesenterio che gli corrisponde; la quale porzione di membrana sarà del pari e contemporaneamente allentata ed allungata a misura che l'intestino si avanzerà fuori del ventre a formar ernia. In quei casi nei quali la resistenza delle pareti addominali da superarsi dalle viscere compresse non è molto considerevole, come nell'ernia congenita, nella quale il sacro erniario è già preparato a ricevere le viscere protruse, l'usa intestinale si tira o trae seco prontamente la porzione di mesenterio che gli corrisponde. Al contrario, nell'ernia inguinale volgare, per motivi dell'ito opposti, ciò non si fa con eguale prontezza che nella congenita, o d'ordinario al primo togliersi dell'equilibrio fra le forze sopra indicate, non formasi propriamente l'ernia, ma comparisce soltanto una leggera macchia dell'inguine per certo tratto della spi-

na suprior ed anterior del fianco verso l'anello inguinale. Osservato poi che ha l'intestino protruso l'anello inguinale, lo stendimento del mesenterio e l'irruimento dell'ernia fanno progressi accelerati e simultanei.

§. XVI. Che non al precedente rilassamento del mesenterio, ma bensì al tolto equilibrio fra le forze sopra indicate sia riferibile la ragione principale dell'ernia, egli è un fatto altrettanto provato dalle giornaliere pratiche osservazioni. Imperciocchè l'ernia succede facilmente nei bambini, nei quali non si è prontamente rifiuto ed obliterato il collo della raginata del testicolo. Sono di leggieri sottoposti a quest'infirmità quelli i quali furono corpulenti, e si inappressano di ventiti mesi. Più frequentemente si formano l'ernia nelle donne le quali hanno partorito, che nelle virili. Assai spesso in quelle persone le quali per qualche affezione in quelle che hanno sofferto forti contusioni nel ventre, e nelle quali non si è stato il più piccolo motivo per sospettare che l'ernia sia stata preceduta da rilassamento d'una porzione di mesenterio. Provano la stessa verità Fernir vaginali, le quali succedono ai parti laboriosi, la causa peripeta delle quali renie deriva unitamente dalla diminuita naturale trazione della vagina contro le viscere situate nel basso della pelvi. Che poi per altra parte, nella formazione delle renie, la somma delle forze muscolari prementanti le viscere addominali sia tutta diretta, e, per così dire, convergente verso il punto più debole di tutta la ricongiunzione del ventre, egli è per ora un fatto provato dalla osservazione frequente ed ovvia, che gli renici, sotto i più leggeri colpi di tosse o di starnutare, sentono tosto che l'ernia loro s'intumescere, e vi corrono prontamente colla mano onde reprimela. Che se sotto le più leggeri mosse di touir l'intestino protuberia maggiormente all'infuori di prima, ciò indubbiamente non potrà farsi, senza che la porzione di mesenterio, nel lo stesso intestino è attaccato, partecipi alla medesima

spinta, e soffra lo stesso allungamento insieme coll'intestino. Tale poi è tanta e la prodività che hanno le viscere tolte del basso ventre ad essere spinte e dirette verso il luogo divenuto il meno resistente dell'addome, che talvolta si sono trovate nell'ernia delle viscere, le quali, arto riguardo alla loro naturale situazione ed alla moltiplicità dei loro legami col grande sacco del peritoneo, nessuno fra i riburgi, dietro i soli dettami della motomia, avrebbe giammai sospettato che vi si potessero rinvenire. SAMPSON (1), PALLATZ (2) trovono in un'ernia ombelicala il cieco con non porzione d'ileo e di colon intestino. MACCART (3) CAMPER (4), BOIS (5) incontrano l'intestino cieco nell'ernia inguinale del lato sinistro. LAMUS (6) vide il colon sinistro disceso per l'inguine destro. Che se ciò mostra la tendenza che ha ogni qualunque viscere del basso ventre, ancorchè strettamente legata al grande sacco del peritoneo ed alle parti vicine, di prestarvi ad essere trasportata verso il luogo divenuto il meno resistente dell'addome, e se, onde i suddetti non tale trasposizione, egli è necessario che si altri ogni i legamenti membranosi che traversano in sito codeste viscere, qual difficoltà si potrà addurre per negare che non porzione libera d'intestino, spinta a poco a poco per entro il tubo dell'anello inguinale, possa trarre seco insensibilmente, ed a misura ch'essa è spinta fuori del ventre, quella porzione di mesenterio cui sta legata, senza che vi sia bisogno, per dare una spiegazione di questo fenomeno, di ricorrere al precedente rilassamento d'una porzione di mesenterio?

§. XVII. Sul punto dell'ernia inguinale, che forma l'oggetto principale di questa Memoria, diremo che quel tratto dell'addome, che si stende dalla spina superior ed anterior del fianco al pube, è naturalmente in stato sano, il meno resistente di tutte le altre province del basso ventre, intendo dire la stessa cosa arto per riguardo alla parte membranosa dell'addome, fatta dal sacco del peri-

(1) *Observ. patholog., Cap. IV.*

(2) *Nova gubernaculi testis descriptio.*

(3) *De hern. incorc. Vrdi HALLER, Disput. chirurg. T. III.*

(4) *Demonstrat. anat. patholog. Lib. II., pag. 18.*

(5) *Anatomie de hern. inguin., pag. 5.*

(6) *Médecine opérat., T. I. pag. 173.*

tumeo, par tutto quel trillo di esso asco ehe corrisponde internamente alla ragione inguinale Imperciocchè, come ho dimostrato, il peritoneo è assolutamente mancante della copertura carnosa del muscolo trasverso nel punto ora il cordone spermatico passa sotto il margine carnoso di questo muscolo, ed in oltre l'aponevrosi del trasverso e quella dell'obliquo interno sono asse sottili di sotto la regione inguinale, e più sottili ancora in prossimità dell'arcata femorale e del pube, per lo che si ritene che il peritoneo nella regione inguinale non è sostenuto propriamente e fiancheggiato con vario grado di forza, che dalla aponevrosi dell'obliquo esterno, e regolarmente dalla comparsa colonna inferiore dell'Anello inguinale. Ed è appunto in questo tratto dell'obliquo, e più particolarmente nel luogo ora nel feto era aperta nel ceco del rente la raginale del testicolo, e nell'adulto scorre sotto del margine carnoso del trasverso il cordone spermatico (1) alla distanza di tre pollici circa del pube verso il fianco, che il più delle volte il peritoneo spinto in avanti dalle viscere fortemente compresse, costituisce i primi rudimenti del sacco erniario dell'ernia inguinale, nel qual luogo reclusi ancora nel seno un piccolo infossamento infundibolare del peritoneo, il quale si annessa, tirando il cordone spermatico per di fuori. Questo picciolo sacchito o rudimento dell'ernia non dissimile da un ditate, allorché fa la sua prima comparsa sotto il margine carnoso del trasverso, si appoggia immediatamente sulla faccia anteriore del cordone spermatico; indi si prolunga, e passa in mezzo della diramazione che risulta dallo spollamento delle fibrette nervose inferiori dell'obliquo interno, e della origir principale del cremastere, e segueno costantemente l'andamento del cordone spermatico, sulla faccia anteriore del quale il tirno addossato, percorre un canale obliquo del fianco al pube fra le tre grandi pareti muscolari ed aponevrotiche del ventre, e più particolarmente fra l'aponevrosi dell'obliquo esterno e quella dell'obliquo interno perviene in fine all'anello inguinale come sembreremo dritto. La via quindi che tiene il sacchito erniario dal fianco al pube, non mai dirigitto da quella che percorre il cordone spermatico, rim-

mediatamente sopra dell'arcata femorale, ed in dirazione parallela all'arcata mediana. Ho non lievi motivi per opinare, che saccò l'ernia, la quale fa la sua comparsa sotto uno sforzo gagliardo sia stata preesistente già da qualche picciolo infossamento del peritoneo a modo di infundibolo, o di ditale; e che sotto lo sforzo si mostri all'esterno, quando pria si intrinse e nasconde nella penetra della parete addominale. Non è rara occorrenza ne' cadaveri quella di vedere di codesti piccioli infossamenti del peritoneo nei luoghi ora più frequentemente agglionti formare le ernie, nelle quali fossate spingendo l'apice del dito si prova poca resistenza nel cacciare innanzi il peritoneo, e fornirvi un sacchetto capace di ricevere alcuna parte delle viscere addominali.

§. XVIII. Assai volte ne' cadaveri di quelli i quali avevano un principio d'ernia inguinale, mi sono accorto, mediante la dissezione, che i rudimenti primi del sacco erniario si formano assai in alto verso il fianco, o precisamente nella sede, come si è detto, ora il cordone spermatico scorre sotto il margine carnoso del muscolo trasverso alla distanza di circa tre pollici dal pube. Ed ho veduto distintamente che il sacchetto erniario dal luogo indistinto all'anello inguinale, percorre on lobo sfiorbeggato posteriormente dalle sottili aponevrosi dell'obliquo interno e del trasverso, ed anteriormente da quella dell'obliquo esterno. Per poco che si si metta l'attenzione, la stessa cosa è pure manifesta ne' viventi affetti d'ernia inguinale incipiente; poichè vedesi in questi una piccola tumidità bilingua, situata nella piegatura dell'inguine, e parallela all'arcata femorale, la quale tumidità si alza marciatamenta nell'atto che il malato fa il più piccolo sforzo per toirsa, starnutare e soffiarsi il naso; e quando tenti di respingerla, scorgesi chiaro che le viscere protruse retrocedono per una via obliqua dal pube al fianco. E ciò è più manifesto ancora nell'ernia congenita recente complicate da aderenza delle viscere col testicolo; poichè nell'atto che si tenta la riposizione di queste orme, le viscere protruse ed il testicolo, lungi dal passare nel ventre nella direzione dal pube al sacro, si ripiegano verso il fianco onde rimontare verso l'orificio dal quale sono discese. Né egli è altrimenti che

(1) *ALBINO, Tab. muscul., Tab. II.*

dire si può una plausibile spiegazione alle osservazioni riferite da *Méar* (1) e *Paris* (2) intorno alcune piccole ernie inguinali, le quali, per motivi non abbastanza noti, si erano arrestate di là dell'anello sotto dell'epouevroci dell'obliquo esterno; nel qual luogo formavano un tumoretto cilindrico che si estendeva dall'anello inguinale verso il fianco nella stessa direzione della piegatura dell'inguine, e di quelli che percorre il canale impropriamente detto anello inguinale.

### OSSERVAZIONE

Ciello Maria Bifolco d'anni 25 fu assalito il dì 20 Giugno 1846 da acuti dolori di ventre con nausea, e vomito, sotto i quali egli si accese, per la prima volta, d'aver uel la piegatura dell'inguine un tumoretto bialungo, dolente al tatto. Il Chirurgo, non dubitando punto che quel tumoretto fosse un'ernia incarcerata, ne tentò la riduzione, e dalla sua punta sotto la piega di quella piccola tumidezza egli si lasciò d'averne ottenuto l'intesto. Ma, osservando poscia che intorcia sensibilmente i sintomi li stazionamento, inviò il malato a questo Spedale. Quindi per miglior sorte il male fu giudicato una colica prodotta da tutt'altra cagione. Fu ordinato un salasso, indi un purgante composto di Gummitta e Cremore di tartaro, sotto l'azione del quale

facemmo crebbero a dimisura i dolori di ventre, il vomito, le anisie, il sudore freddo col pallore della morte. Il giovane Chieugo della Sala, sospettando della presenza d'un'ernia incarcerata, esplorò diligentemente il malato, trovò effettivamente nell'inguine destro fra l'anello, ed il fianco, un tumoretto bialungo, dolente al tatto, e che si ingrossava sotto gli netti di tosse e di vomito. Per ottenere sciagura l'operazione fu differita, ed in breve quell'infelice cessò di vivere. Nel cadavere di esso si trovò, che l'ernia era fatta da una porzione di intestino ileon in vicinanza della sua inserzione nel colon. Spogliato l'inguine destro dei comuni tegumenti, videro che l'apouevroci dell'obliquo esterno formava l'involtuo esterno del tumore, lascia questa apouevroci, si presentò alcun poco di tessuto cellulare, e sotto di questo il sacco erniario fatto dalla vaguile del testicolo. Aperto il sacco erniario, si tentò di un lato la visceri prelevare, si presentò il testicolo, il quale si era accostato poco al di sopra dell'anello inguinale, piccolo, e duretto. Lo stazionamento era accaduto precisamente nell'orificio superiore del canale inguinale. Se ne conosceva la preparazione in questo Gabinetto di Patologia. Potrei riferire molti esempi d'ernia di tal sorte, o parecchi nel qual'ernia non fu praticata col più felice successo. Mi restringo soltanto a far osservare, che in tutti i casi di tal sorte a me noti fu trovato il testicolo arrestato poco sopra dell'anello inguinale (\*).

(1) *Mém. de l'Acad. R. de Paris*, an. 1701.

(2) *Oeuvr. posthuma*, T. II. pag. 217.

(\*) *Laccar* (a) riferì un caso singolare d'ernia serotale, nella quale il testicolo coll'intestino, coperti dall'apouevroci dell'obliquo esterno, erano discesi, non propriamente entro dello scroto ma da un lato dello scroto. L'Autore non diede una spiegazione abbastanza soddisfacente di questo fenomeno. A me pare, che questo caso non differisca dal sopra esposto, nè da parecchi altri simili che abbiamo d'ernia inguinale arrestata, unitamente al testicolo dello stesso lato, nel canale inguinale; colla sola differenza, che nel caso riportato da *Laccar* l'apouevroci dell'obliquo esterno, oltre modo floscia e distensibile, si è prestata tanto alla distensione indotta dalle viscere, da formare un sacco, il quale si prolungava in giù da un lato dello scroto. Abbiamo degli esempi, oltre questo, di straordinario dilatazione del canale inguinale. *Méar* ne ha fatto menzione (b) *d'Anvers* (c) racconta di due morti di Asche, nel cadavere dei quali trovò il canale inguinale tanto dilatato da potervi introdurre il pollice. *Lairance* (d) narra d'aver veduto nel cadavere

(a) *Philos. Transact.* vol. 47 pag. 324.

(b) *Mém. de l'Acad. R. des Sciences*, an. 1801.

(c) *Memoria Mortuaria*, Anstey pag. 514.

(d) *On Rupures* edit. II. pag. 184.

§. XIX. Il sacchetto erniario ed il cordone spermatico, al primo romciamento dell'ernia inguinale sotto del margine carnoso del testaverso, si trovano uniti insieme, come e naturalmente il peritoneo col cordone spermatico in stato sano, da quel soffice tessuto cellulare che è posto dietro del peritoneo, o che univa il peritoneo medesimo alla parete muscolare ed eponevrotica dell'addome nella regione iliolumbare ed inguinale. Questa nozione cellolosa del sacchetto erniario col cordone spermatico in un sol corpo, rimane la stessa in tutto il tragitto che percorre l'ernia dal diotto del lembo carnoso del testaverso sino al fondo dello scoto. Imperciocchè quel vincolo celloloso come al sacco erniario ed al cordone spermatico, in grazia della grande sua flessibilità e duttilità, non fa, sotto la forza di pressione delle viscere protemie, che allungare le sue pieghe inenarrabilmente più, e acquiesce mano mano la discesa del sacco erniario e del cordone spermatico, senza soffrire lacerazione alcuna o distacco dalla parete muscolare del ventre ed primitivamente è connesso. Nel passaggio poi che fa il sacchetto erniario nuttamente al cordone spermatico per lo divaricazione delle fibre carnose inferiori dell'obliquus interno, si addossa al sacchetto erniario ed al cordone spermatico, nel lato esterno di essi, l'origine carnosa principale del cremastero muscolo. Uscito perciò il sacchetto erniario ed il cordone dall'anello inguinale, dalla qual via l'ernia non può recedere, a motivo che entrambe queste parti sono legate insieme da un comune tessuto cellulare, e perchè ambedue ricoperte dal cremastero (1) continuano giù per l'inguine, ove i fasci carnosi del cremastero, non che la sua aponevrosi, si convengono in una capsula, la quale rinchiede entro di se il sacco erniario unitamente al cordone sperma-

matico ed alle vaginale del testicolo, ed a guisa d'una comune guaina muscolare ed aponevrotica (2), einge ed accompagna quelle parti sino nel fondo dello scoto. E poichè il soffice e duttabile tessuto cellulare, come al sacco erniario ed al cordone spermatico, si addossa nel luogo ove i vasi spermatici allungandosi nel testicolo, così egli è appunto in quel luogo che ha tenuto la diressa dell'eroia e l'allungamento delle miglie cellulari che l'accompagnano; nel qual luogo, principalmente nell'eroia scrotali antiche e voluminose, sentesi manifestamente un volso di divisione fra il fondo del sacco erniario ed il testicolo. Il cordone spermatico di neceutà è situato dietro dell'eroia, tanto ne primordj, quanto nell'incremento di questa malattia, per le cose dette, eccettuato qualche caso del quale parlerò a suo luogo.

§. XX. Nell'ernie scrotali antiche voluminose, ella è cosa maravigliosa il vedere come le fibre del cremastero sottili, quali sono naturalmente, s'ingrossano a tanto di formose dei fasci, quattro e sei volte maggiori di quelli che in stato sano si spargono sul cordone spermatico. In alcuni soggetti queste fibre del cremastero, distribuite nel collo e nel corpo del sacco erniario sono oltre modo rigide e dure, e di un colore gialliccio. Malgrado queste apparenze inguinali si riconoscono però per fibre carnose, e certamente non ne hanno imposto all'Alunno (3). Ne è questo il solo esempio di tali apparenze, poichè presentano lo stesso fenomeno in stato di molesto ingrossamento le fibre carnose della vescica urinaria, quelle dello stomaco, quelle degli intestini, e perfino i fili carnosi sottilissimi dei ligamenti del colon (4). Nell'ernie scrotali antiche non è altresì infrequente il vedere le fibre carnose del cremastero strettamente uni-

*frummineo un'ernia inguinale, in cui il canale inguinale, benchè le viscere non fossero state del tutto aerezzate entro di esso, era si enormemente dilatato da formare un tumore della grossezza di due pugni, mentre la porzione di viscere uscita per l'anello inguinale eguagliava appena un uovo di gallina.*

(1) *Tov. I. g. g. f. Tov. II. c. e. g. g. f.*

(2) *Tov. I. g. g. h. Tov. II. g. g. f.*

(3) *Opusc. Patholog. pag. 317. Saccus ipse hujus herniae compositus indole fuit; super eum enim, et in partem impennis amecioei, magna via fibearum disjectarum adparuit, quam fibrarum radiorum ab aliis et viris vocari facile crediderim. Nihil tamen tendentium, et cremasteris potius spreto fibent esse ex ipso pollore et directione apparet.*

(4) *Tacconi. De rar. hern. quibusdam. Tab. III, fig. 2.*

te ai margini dell'anello inguinale, sia che ciò si faccia per ragione della lunga pressione occasionata dall'incremento continuato dell'ernia, ovvero da questa immissione e dall'aderenza delle fibre di questo muscolotto colla tela aponevrotica della fascia *superficiale*, che dai margini dell'anello si stenda in giù per l'inguine allo scrotolo. Certa cosa è che nelle antiche e voluminose ernie scrotali si prova molta difficoltà a far passare la sonda fra le fibre carnee del cremastere ed il margine dell'anello inguinale, mentre questa scorre facilmente nell'ernia ecetanti, o non a guisa facilità che fra il cremastere ed il sacco ernia cioè.

§. XXI. SNAAR (1) e MOGÁN il seniore (2) furono dei primi fra i pochi scrittori di chirurgia, i quali hanno fatto particolare menzione di questa importante varietà patologica, ebbene si di differenti strati componenti l'ernia inguinale è arentale; cioè, che il sacco erniario procedente dal peritoneo insieme col cordone spermatico e la vaginale del testicolo si trova involto ed intragliato per tutto nel muscolo cremastere. MOGÁN, per verità, dubitò se ciò si faccia costantemente ed in tutte l'ernie inguinali; ma di che egli si è ingannato grandemente, poichè ciò costituisce sostanzialmente questa malattia. PETER (3) e GONZIO (4) non hanno ommesso di accennare i rapporti che esistono fra il cremastere ed il sacco erniario. Il primo di questi, dopo aver indistinto codesto fatto, dimostrò con un'osservazione assai interessante che il cremastere, qual muscolo che circonda ed imbrida il sacco erniario, può talvolta per sé solo bastare colle sue contrattioni a far rientrare l'ernia. Il GONZIO ci ha poi dato di più una descrizione bastante-mente chiara intorno la conformazione di questo muscolo colla sua aponevrota alla formazione dei diversi strati o capsule dell'ernia inguinale e scrotale. ANTONI MORGAGNI (5) scrisse d'avere osservato in un eccezionale fillee

carnoso del cremastere aperte nel sacco erniario; ed il NANCYAN (6) disse apertamente d'aver veduto la stessa cosa nel cadavere d'un uomo, il qual aveva un'ernia composta di omento e d'intestino. LAONDO non so abbastanza compendere perchè s'ignori notte il POTT, il RUSARI e molti altri fra i più recenti scultori di chirurgia, non abbiano fatto menzione o non abbastanza chiaramente di questo articolo importante di patologia dell'ernia inguinale e scrotale. FOCÉ essi hanno tenuto in troppo conto le poche e scortelette tasche che avevano d'ernia inguinale pubblicate da PALFINO (7) o da MACQUANT (8), il primo dei quali non dichiarò neppure cosa sia quell'involto, entro del quale egli fece rappresentare il sacco erniario, ed il secondo diede alla guaina del cremastere, che egli non riconobbe per tale, il nome di *tonaca aponevrotica* procedente dall'aponevrota del muscolo obliquo esterno dell'addome, e come grossolano che fu per commercio da WALTER (9). Né questa omissione è stata fatta soltanto dai chirurghi nella storia patologica dell'ernia inguinale, ma altresì in quella dell'idrocele della tonaca vaginale del testicolo, descrivendo la quale malattia, nessun, per quanto so, ha neppure accennato qual parte v'abbia il cremastere colla sua guaina aponevrotica alla costruzione di questo acquoso tumore, quantunque il fatto anatomico dimostra essere moltissima. Imperciocchè, il tumore acquoso di cui si parla è formato da due sacchi distinti, l'esteriore dei quali è la guaina muscolare ed aponevrotica del cremastere, e l'interiore la vaginale propriamente del testicolo. Il primo involto o sia l'esteriore nell'idrocele è stato ed antico è assai grosso e compatto, mentre l'interno fatto dalla vaginale, il più delle volte, non cede alla naturale gravità e densità del peritoneo, per lo che, nell'atto dell'operazione, ogni attento chirurgo s'ac-

(1) *Ricerche critiche*, pag. 9.

(2) *Anatomical and Chirurg. Works*, pag. 553.

(3) *Oeuvr. Posthuma T. I*, pag. 288.

(4) *Libellus de herniis*, pag. 50.

(5) *De sud. et caus. morb.*, epist. 34, art. 95; epist. 31, art. 15.

(6) *Dissert. de epiplo-oesophageo*.

(7) *Fed. HERNIA, Institut. chirurg. T. II*, tab. XV, fig. IV.

(8) *Dissert. de hern. incarcer.* *Fed. HALLER, Collect. chirurg., T. III.*

(9) *Nova acta erud. Lips. an.* 1738.

corge che pria di pervenire nel cavo contenente l'arqua, egli sente due sacchi distinti fra di loro per struttura e per densità, e perchè adrecciolo, per così dire, l'uno sull'altro.

§. XXII. Nella piccola ernia inguinale comunita già ad essere ben distinta la differenza che passa fra la naturale posizione e direzione delle fettine irridiose *collaterali* (1), che intrascano i vistrini discendenti e paralleli fra di loro dell'aponevrosi dell'obliquo esterno, poco sopra dell'anello inguinale, e quella che le fettine *collaterali* assumono dopo la comparsa dell'ernia fuori del margine dell'anello inguinale. Nell'ernia scrotale poi di considerabile volume, la colonna superiore dell'anello inguinale è spinta tanto all'indietro ed in avanti, che le fettine tendinose *collaterali* ed i loro interaccamenti si ravvicinano e si radunano, per così dire, insieme alla sommità dell'anello (2), ed aggiungono perciò all'arcata dell'anello stesso un grado di spessezza e di durezza molto maggiore di quello che ha naturalmente. A misura poi che l'ernia scrotale cresce in volume, e l'anello inguinale si allarga, minorasi in proporzione la lunghezza del canale praticato fra le aponevrosi dei muscoli addominali, pel quale il condone spermatico col sacco erniario è disceso, e minorasi parimente l'obliqua direzione che aveva il collo del sacco erniario dal fianco al pube; e finalmente nell'ernia scrotale di straordinaria grossezza rodesta lunghezza ed obliquità del canale ora menzionato, e il collo del sacco erniario scompare del tutto, e l'apertura dell'anello inguinale trovai in direzione quasi diretta col cavo del ventre dal pube alietro.

§. XXIII. S' insegna comunemente nelle scuole di chirurgia, che nelle ernie scrotali antiche il sacco erniario fatto dal peritoneo s'ingrossa grandemente, e si converte in una membrana compatta e spessa, risolvibile però, come si asserisce, in più strati membranosi sovrapposti gli uni agli altri. Posso assicurare dietro la scorta di numerose osservazioni patologiche da me istituite su questo proposito, che nel maggior numero di casi d'ernia voluminosa ed antiche, il fatto è in piena op-

posizione colla comune dottrina, e che generalmente il sacco erniario, propriamente detto, non s'ingrossa punto o assai poco, oltre la naturale grossezza del peritoneo in ogni qualunque maniera d'ernia scrotale, sia essa pure antica e voluminosa. La diversa densità e durezza che s'incontra nell'insidare gl'involti dell'ernia scrotale di diversa data e grossezza, non è propriamente riferibile al sacco erniario fatto dal peritoneo, ma bensì alla minore o maggiore spessezza e rigidità che acquistano col lasso di tempo e colla pressione continua gl'involti esteriori dell'ernia, siccome la tela sponevrotica superficiale, la guaina muscolare e tendinosa del cremastere, e la cellolosa esteriore del peritoneo, la quale circonda ed accompagna il sacco erniario dal di dentro del ventre sino nel fondo dello scroto. Questa cellolosa nell'ernia scrotali di mediocre volume (3) mantiene la naturale sua mollezza e flessibilità, nè si presenta coll'altra forma, che quella d'una soffice spugnosa sostanza, interposta fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario fatto dal peritoneo. Ed è appunto perchè che nelle ernie scrotali di mezza grossezza, incisa che sia con mano sospesa la guaina del cremastere per tutta la sua lunghezza, comparire sotto di essa codesto tessuto cellulare mollemente, dopo del quale, ed attraverso il quale vedesi trasparire il peritoneo facente il sacco erniario (4), la spessezza e consistenza del quale non eccede punto o di poco quella che ha naturalmente il peritoneo nel cavo del ventre. Incidendo poi l'ernia scrotale voluminosa ed antica s'incontrano in primo luogo la tela sponevrotica superficiale e la guaina del cremastere, grosse oltre modo, rigide, e talvolta coriacee; indi si presenta il tessuto cellulare posto fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario talmente fitto ed indurito, che al primo aspetto sembra non grossa e compatta cassetta fatta di molli strati sovrapposti gli uni agli altri; infine, sotto un numero indeterminato di questi strati di dura cellolosa compare il vero sacco erniario, la di cui spessezza, malgrado l'eccedente volume dell'ernia e la sua antichità, non oltrepassa

(1) Tav. I. a. a. b. b. c. c. d. d.

(2) Tav. II. a. a. b. b.

(3) Tav. II. a. a.

(4) Idem. b. b. Tav. I. n.



puoto o di poro la matassa pellucidità e sottigliezza del peritoneo. Chiunque desidera di comporare la verità di questo fatto colle proprie osservazioni sopra un cadavere arriva una rata ed antica ernia scrotale, incide l'anello inguinale e le altre aponevrosi dei muscoli addominali sino che compaja a nudo la convessità del grande sacco del peritoneo, ricoperta dalla molla cellulosa che l'accompagna fuori del ventre; indi sollevata l'origine principale del cremastere, apra la guaina di questo muscolo per tutta la sua lunghezza sino nel fondo dello scroto, ed allora vedrà chiaramente che il molle tessuto cellulare che accompagna il peritoneo fuori dell'anello inguinale s'interpone (1) fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario, e che egli è quel medesimo cellulare tessuto, che nell'ernia scrotale antica e voluminosa si converte in una sostanza fitta e grossa, ed apparentemente fatta di molti altri sovrapposti gli uni agli altri, sotto dei quali risiede il sacco erniario, la di cui densità e grossezza non oltrepassa quella che ha naturalmente il peritoneo. Lo SCURICCAIO scrisse (2) che egli aveva trovato il sacco erniario sotto in un uomo il quale aveva portato per venti anni una grossa ernia scrotale, quasi che rid fosse rosa rarissima a vedersi, quando e anzi frequentissima, siccome, al dire di LESTAKE (3) e di molti altri celebri chirurghi, egli è certo che nell'ernie femorali, le quali sono emananti dalla guaina del cremastere, quantunque grosse esse siano ed inveterate, il sacco erniario è sempre sottile, o ma non eccede punto la naturale grossezza del peritoneo. Da ciò, se non m'inganno grandemente, posso inferire che quando un chirurgo opera un'ernia inguinale recente, or-

vero una scrotale di mediocre volume, ed incontra subito sotto la guaina del cremastere il sacco erniario della sottigliezza propria del peritoneo, egli ha oltrepassato, senza accorgersene, il soffia tenuto cellulare, interposto fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario; ed al contrario, quando invade un'ernia scrotale antica e voluminosa, egli mette in conto il sacco erniario la dura guaina del cremastere e la fitta cellulosa interposta fra questa guaina ed il vero sacco erniario. Questo fatto non è però così generale che non ammetta qualche eccezione. Imperiorrè il sacco erniario acquista talvolta una densità maggiore di quella del peritoneo, dal quale deriva, in que' casi nei quali l'ernia è stata riposta per lungo tempo, poi è ricomparsa, e non lo più rimessa nel ventre o altri irregolarmente; quando l'ernia ha fatto più d'una corso infiammatorio; quando avvi aderenza delle virrre al sacco erniario per molta estensione. Ho notomizzato più e più volte delle vecchie ernie scrotali, nelle quali l'omento era aderente dalla metà del sacco sino al fondo, ed ho osservato che il collo del sacco ove non aveva avuto luogo aderenza alcuna, era della sottigliezza del peritoneo; mentre, a misura che discendendo si accrescevano i punti di coesione dell'omento al sacco, assumeva questo maggiore spessezza del conietto, e nel fondo dell'ernia era grossissimo. Anco la sola infiammazione senza conseguire aderenze può produrre lo stesso effetto, qualunque volta nel corso della infiammazione porzione di linfa plastica venga effusa nell'intima tenitura del sacco erniario, ovvero sparsa sull'intima superficie di esso, ovr in processo di tempo si addensò, e si organizzò a mo' di peritoneo. In generale, pre-

(1) Idem A. A. Nei soggetti oberi la cellulosa interposta fra il sacco erniario e la guaina del cremastere, si trova spesso infartita di strisce piaguedinose, non altrimenti che quella cellulosa, se lego il grande sacco del peritoneo alle parti del ventre, da cui deriva. In un'ernia scrotale antica mi si è presentato fra il sacco e la guaina del cremastere un corpo piaguedinoso di due polli in larghezza ed uno di lunghezza. In un altro soggetto fra il sacco erniario e la guaina del cremastere, vi ritrovai una sì grande quantità di piaguedino, che questa passava per l'anello inguinale, e si continuava nella piaguedina posta sul lato destro della vestita ordinaria. Tirando la piaguedina posta fra il cremastere ed il sacco erniario, lo vidi, già più ampia del consueto, si disponeva a passare per l'anello inguinale verso lo scroto. In un'altra cadavre d'uomo erniato ho trovato dell'acqua raccolta nel tessuto cellulare fra il sacco erniario e la guaina del cremastere.

(2) Chirurg. Wöhrneim. 2. Th. pag. 297.

(3) Précis d'opérat., T. II, pag. 53.

sciendolo dagli effetti dell'infiammazione, se si incontra qualche differenza di densità nel sacco erniario, e se è più costantemente maggiore nel suo collo, che nel corpo e nel fondo.

§. XXIV. È stata agitata fra i chirurghi, e si agita tuttora la questione sulla possibilità, o impossibilità di far rientrare nel ventre le viscere ernicamente nel sacco erniario. In questa controversia, come in molte altre di tal fatta, è accaduto che nel bollare della disputa, rischiodata delle parti intese a sostenere la propria opinione, non si è curata di dare il giusto valore a ciò che in tutto quest'affare erari di veramente provato e dimostrato dalle osservazioni accurate, e che quale s'è, come oia norma certa del nostro giudizio in simili cose, egli è d'uopo di ricorrere nuovamente. Ed in primo luogo, egli è indubitato che in pratica è accaduto più d'una volta il caso di piccoli e recenti ernia inguinali interrotte, in cui l'intestino strozzato dal collo del sacco erniario è rientrato sotto la pressione fatta dal chirurgo, ed ha tratto seco di là dell'anello inguinale il sacchetto erniario. Abbiamo inoltre più storie bene attestate d'intestino aderente al sacco erniario, o lasciato al di fuori dopo dell'operazione, il quale interlino, malgrado la sua attaccatura al sacco erniario, si è veduto gradatamente risalire da se verso l'anello, e conseguentemente col sacco erniario, cui era fortemente aderente, e nascondersi infine di là dell'anello. Louis (1) vuole a proposito far negare la possibilità di questi fatti che io so per altrui e per propria esperienza essere recisivi, e lo ha fatto, per quanto sembra, non meno perché egli aveva supposto e ritenuto come cosa certissima che la riposizione del sacco erniario non potesse giammai effettuarsi dall'arte o dalla natura, senza la rottura del tessuto cellulare che tiene legato il sacco erniario al cordone spermatico ed alle vicine parti dello scroto. Nell'asserire la qual cosa il Louis non ha posto attenzione che il soffio e distensibile tessuto cellulare di queste parti può, sotto certe circostanze, allungarsi e rafforzarsi senza rompersi. Intorno a che, ricorre ho accennato anteriormente, sono molti gli esempi che si possono addurre in prova della possibilità di questo fatto, tratti dalle osservazioni di parti

traslocate, di altre ritirate grandemente, vena rottura del tessuto cellulare che le lega alla vena, e che, cessata la forza distendente, hanno ripresa la sede loro naturale. Ma per non allontanarmi dal mio assunto, ella è cosa di fatto, comprovata dalle patologiche osservazioni e dalla giornaliera esperienza, che nell'ernia inguinale non solamente il peritoneo, ma altresì il cordone spermatico si allunga e distende più in basso dello stato che in stato naturale. E certamente questa distesa e questo allungamento del cordone spermatico si fa senza che si rompa il tessuto cellulare che lo lega nel ventre alla regione lombare, e nell'inguine e nello scroto al sacco erniario ed alle parti vicine. Viceversa, dopo riposta l'ernia, il cordone spermatico colla sua cellulosità a poco a poco si accorcia e si ritira all'indietro, e tanto in alto verso l'anello inguinale, quanto era pria della comparsa e della distesa dell'ernia. Parimente nel sacchetto voluminoso e pesante, ou tratto di cordone spermatico assai considerabile è tirato fuori dell'anello inguinale, senza che l'unione cellulare di esso cordone nei lombi e nello scroto si rompa; poscia reciso il sacchetto, la porzione di cordone spermatico tratto fuori del ventre risale spontaneamente in un col tessuto cellulare verso l'anello dell'inguine, e si nasconde ancora dietro di esso anello. Similmente, dopo l'operazione dell'ernia scrotale in carcerata, non vi è chirurgo il quale non abbia assai volte osservato che il sacco erniario si porta ogni giorno più verso l'inguine, che si accorcia e si restituisce. Ha dunque il tessuto cellulare che accompagna il cordone spermatico dalla regione lombare sino nel fondo dello scroto, e quello che unisce il sacco erniario al cordone spermatico ed alle vicine parti dell'inguine e dello scroto, un'attitudine e prestarsi alla distensione, e quella inriemenente di raccorciarsi cessando la forza che lo teneva disteso ed allungato; e se la cellulosità che accompagna il cordone spermatico può fare ciò, perchè non potrà farlo quella che poi è la stessa, la quale lega il sacco erniario al cordone, alla guaina del cremastere, ed alle altre prossime parti dello scroto e dell'inguine? Egli è indubitato che l'ernia inguinale, finché è piccola e recente, che è quanto dire finché il tessuto

(1) *Ac. R. ad de Chirurg. de Paris. T. XI. pag. 486.*

cellulosa che accompagna il sacchetto erniario ed il cordone spermatico fuori dell'anello non ha perduto la naturale elasticità e contrattilità: queste parti rimangono in una tale disposizione da poter essere respinte verso l'anello inguinale, a di là dell'anello stesso. Ho veduto ciò distintamente nel cadavere d'un uomo il quale aveva una di quelle piccole incipienti ernia inguinali, nel quale il sacchetto erniario si prestava effettivamente ad essere respinto di là dell'anello inguinale; ed esaminata ogni cosa diligentemente dalla parte del ventre, non meno che da quella dell'inguine, appariva che le tirate maglie del tessuto cellulare che ricrivano il sacchetto erniario al cordone spermatico ed alla guaina del cremastere, erano disposte a prestarsi tanto alla impulsione delle viscere protruse, quanto a secondare la retrocessione del sacchetto erniario rispetto dalle mie dita verso il cavo del ventre. MONTAGNA (1) ha incontrato egli pure in un soggetto simile a questo, un tale quale, quantunque il sacco erniario, come egli scrive, non fosse piccolissimo, faceva però tutto rientrare, lasciava riavolo le sue aderenze colle parti vicine. Potrebbeasi soltanto dire che questa, a rigor di vocabolo, non è una vera riposizione, ma piuttosto un aggomitolamento delle parti di là dell'anello, pronto a discendere sotto il più piccolo sforzo che facesse il malato, lo che è verissimo; ma comunque vogliamo definire codesta retrorassione del sacchetto erniario e delle viscere in esso contenute, egli è sempre un fatto che non si può mettere in dubbio, che nell'ernia inguinale piccole ed incipienti arri la possibilità di far ripassare di là dell'anello inguinale non meno le viscere fuori uscite, che il sacchetto del peritoneo entro il quale esse sono contenute. Non così nell'ernia scrotale voluminosa e di vecchia data, nelle quali il tessuto cellulare che unisce il sacco erniario al cordone spermatico, al ambidue queste parti alla guaina del cremastere, acquista un tal grado di densità e di rigidità, per cui resiste non meno all'ulteriore discesa delle viscere che alla mano del chirurgo, il

quale tenta di farle retrocedere soltanto al sacco erniario. E ciò, a mio giudizio, mette fine alla controversia sulla possibilità di codesta riposizione. Se poi ne' casi di pirriola e recente ernia inguinale incarcerata, nei quali si siano tolte le circostanze favorevoli per respingere le viscere nel tronco naturalmente al sacco erniario, ciò convenga di fare, avrà occasione di parlarmi in altro luogo. Accennerò qui soltanto che la ragione e la esperienza hanno pronunciato per la negativa.

§. XXV. Finchè l'ernia scrotale è di modesta grossezza, la pressione che esercitano le viscere contenute nel sacco erniario contro il tessuto cellulare, che lo ricivra in un tal corpo col cordone spermatico, è pure moderata; quindi i rasi spermatici ed il condotto deferente, che sono dai primordi dell'ernia si trovano intolati in un tal sacco, conservando la stessa forma, e ritengono la posizione medesima relativamente all'ernia. Coll'annunziarsi del volume del tumore, poirbe erette proporzionalmente la distensione e la compressione che fa il sacco erniario contro la cellulosa che ricivra le rasi spermatiche dietro dell'ernia, succede che i detti rasi si scomporgono, si diramicano, e quindi cambiano di posizione per riguardo al sacco erniario. Imperciocchè a mano a mano che l'ernia cresce di volume, il cordone spermatico subisce una maniera di decomposizione, non altrimenti che se il tessuto cellulare che lo involge, fosse tirato in due opposte direzioni. Per la qual cosa, nell'ernia scrotale assai voluminosa, dirco del sacco, o sia fra la parete posteriori di esso e la guaina del cremastere, si trovano l'arteria spermatica (2), il vaso deferente (3) e le vene spermatiche (4) non più unite in un cordone, ma segregate, e talvolta ancora spinte a notabile distanza le une dalle altre. D'ordinario il vaso deferente si trova meno distante dall'arteria spermatica, che dalle vene dello stesso nome. In alcuni soggetti CAMER (5) ha notato che il vaso deferente era stato trasportato da un lato del sacco erniario, mentre l'arteria e le vene erano dall'altro. Codesta decomposizione e

(1) *Instituta. Chirurg. T. III. sec. II. pag. 249.*

(2) *Ibid. III. 10. 12. 13.*

(3) *Ibid. 13. 14.*

(4) *Ibid. 16. 17. 18.*

(5) *Icones herniarum. Tab. V. L. O. Tab. VIII. 1. 2.*

spontamento del cordone spermatico sono comuni agli uomini adulti e il si fanciulli avanti un'ernia scrotale assai voluminosa (1). Generalmente la divaricazione e lo spostamento maggior di questi vasi si fanno verso il fondo dell'ernia, meno verso il mezzo, o meno ancora in vicinanza del collo del sacco e dell'anello inguinale. Nell'ernia scrotali antiche ed assai voluminose, il fondo del sacco erniario s'immerge tanto profondamente fra i vasi spermatici, che costesti vasi infine non si trovano più collocati dietro del sacco, ma bensì anzi laterali, e per financo sulla faccia anteriore del sacco stesso dove, bruciati coperti dalla guaina del testicolo, pure formano un nastro vascolare rilevato, che accenta la mano dell'operatore nell'atto ch'egli sta per aprire il sacco dell'ernia. LAMARX (2) scrisse, che operando una vasta ernia scrotale, si era egli incontrato nel cordon spermatico dilatato nella faccia anteriore del sacco erniario; la qual cosa diede luogo a varie congetture, nessuna delle quali fu soddisfacente per quelli i quali aspetavano soltanto, che l'uscita delle viscere per l'anello inguinale si fa contemporaneamente all'avanti del cordon spermatico (3), tale essendo la posizione nel ventre del grande sacco del peritoneo per riguardo al cordon spermatico, ed ignoravano del tutto i cambiamenti ai quali il cordon stesso è sottoposto, prodotti dall'intercorrenza dell'ernia scrotale. L'osservazione di LAMARX non è però nuova, era ed esatta, e la spiegazione di questo fatto impoetantissimo risulta chiara e manifesta dalla inspezione anatomico-patologica del cordon spermatico nell'ernia inguinale di mediocre volume paragonata colla posizione del cordone surdrismo nell'ernia scrotale grossa ed antica. Imperciocchè nella prima i vasi spermatici si tengono radunati in un fascio dietro dell'ernia, e nella voluminosa ernia scrotale i detti vasi non solamente sono scomposti, ma la divaricazione di essi talvolta è portata tant'oltre, che si trovano trasportati dal di dietro del-

l'ernia in tal, e si ancor sulla faccia anteriore del sacco erniario, principalmente in vicinanza del suo fondo. L'analogia fra l'ernia scrotale voluminosa ed il vasto idrocele della vagina del testicolo m'indusse a sospettare che lo stesso fenomeno, per riguardo alla decomposizione del cordone spermatico, potesse aver luogo egualmente in questa malattia. Le sezioni de' cadaveri hanno confermato che io non m'era allontanato dal vero, poichè in tutte le vaste idroceli della tonaca vaginale ho trovato scomposti e trasportati i vasi spermatici in modo, che l'aeteria col vaso deferente occupavano un lato dell'acquoso immore, e l'altro lato le vene, e che talvolta gli uni e gli altri di questi vasi, in guisa di felmeria, salivano da ambedue i lati sulla faccia anteriore della vagina in prossimità del suo fondo, peccati potevano essere compresi nell'intrusione della vaginali praticata troppo da un lato o dall'altro dell'acquoso immore. Il seguente fatto dimostrerà maggiormente la verità, e l'utilità di questa osservazione.

*Fenne da me (\*) il giorno 3 febbrajo Angelo Maria Rosi, del paese di Cavandone, per farsi fare la puntura d'un idrocele doppio che portava già da cinque anni. Feci caricare il malato nella giusta posizione, e preso lo scroto al disotto, radunai le acque, senza poter sentire il testicolo nel suo attacco colla vagina. Presi il trois-quarts e forai un po' obliquamente all'imbasso per dare più di decliv alle acque. Estrassi il trois-quarts, sortì immediatamente del sangue misto ad acqua quasi gelatinosa, e fui costretto più volte a distendere la cannucchia, perchè alcuni strosj come di cellulosa fusa s'impegnavano in essa ed impedivano il passaggio all'acqua, segnando sempre ad uscire misto alle acque il sangue. Forato, per quanto potetti, il tumore, ritirai la cannucchia, non badando al sangue ch'era sortito, credendo di aver ferito un qualche picciolo vaso cutaneo nel fare la puntura. Vi adunai delle filacce*

(1) *Causa loc. cit.*

(2) *Opérations de Chirurgie*, pag. 217.

(3) *LAMARX, Méd. opérat. T. I, pag. 152. LAMARX dit avoir eu une fois le cordon spermaticum situé sur la portion antérieure du sac herniaire. Je n'ai jamais vu ce cas, et je n'en conçois pas même la possibilité. Le cordon spermaticum est toujours derrière, ou un peu à côté du sac herniaire.*

(\*) *Da Lettera del Sig. GASPARELLI Chirurgo in Paltonea 10. Aprile 1810.*

era un sospensorio, ed il malato partì per ritornare al suo paese. Fatto in quarto d'ora di viaggio, egli si accorse che il tumore cominciava di nuovo a comparire e gonfiarsi, e sentiva come dei battiti al cuore. Tornato indietro, venne di nuovo da me, e visitato il tumore lo trovai molto gonfio, e filtrava dal sangue pel foro fatto dalla cannuccia, del quale era inzuppata tutta l'apparecchia. Presi con due dita i tegumenti intorno il foro, e li feci compressi per qualche tempo per veder se arrestare il sangue, sempre erudendo frizione qualche vasa scrotale. Ma il tumore andava crescendo, e si sentiva in tutto la pulsazione. Allora deliberai d'aprire il tumore, per vedera come si sarebbe potuto arrestare il sangue. Preso un bisturio, cominciò a tagliare dal foro fatto dalla cannuccia all'insù verso l'anello. A poco tagliato sgorgò gran quantità di sangue che corobbi arterioso, a vidi che fluiva col getto arteriale dall'insù verso l'anello. Probingui l'incisione sin all'orello, ed al momento mi si presentò un grosso vaso arterioso che gettava forte, e pensai coll'usare la legna; dopo di che cessò l'emorragia, eccettando quel poco sangue che usciva dall'incisione. Non sapendo come fosse accaduta quest'accidente, misi del tutto allo scoperto il traliccio, per riconoscer se fosse stata maturata l'arteria spermatica del troc-quarto, come di fatto trovai, non rimovendo il testicolo attaccato che per un picciolo filo, che preso fra le dita non pulsava, e che di più ha il cordone tridiviso (in due dall'anello in basso e senza la solita guaina. Considerando quindi che il traliccio non avrebbe potuto vivere senza il nutrimento del sangue, perchè l'arteria spermatica era stata affatto troncata, praticai la seguente operazione. Applicai il nuovo apparecchio, e progredendo regolarmente la cura, ridassi il malato in buono stato, rimandandogli ancora l'altro idrocele che non mi accingerò giuocarmi a punger per evitare l'inconveniente del primo.

§ XXVI. Non meno rimarchevole dell'operazione si è il rimbambimento di posizione col va sottoposta l'arteria epigastrica nel più gran numero de' casi d'ernia inguinale. Quasi ar-

teria che scorre a dieci linee circa di distanza dal lato esterno dell'anello inguinale, rambie talmente la naturale sua sede e direzione che soggetti affetti d'ernia inguinale, che passa sotto e dietro il collo del sacco erniario (1), e si trasporta dal lato esterno all'interno dell'anello inguinale. Per qual motivo, ed in qual modo ciò si faccia, ellersi da quanto ho detto inspegiare intorno al primo ed all'ernia inguinale, ed all'accareamento del nodulo permativo sopra l'arteria epigastrica. La prima comparsa dell'ernia inguinale si fa nel passaggio del cordon spermatico per disotto del margine carnoso del muscolo trasverso, il quale passaggio è situato alquanto più indietro verso il fianco, di quel che sia l'origine e l'andamento dell'arteria epigastrica verso il muscolo retto dall'addome. Ma poiché il nodulo erniario segue costantemente la via che tiene il cordon spermatico sul quale si appoggia, ed il condone, percorrendo il tubo fra le aponeurosi dei muscoli addominali recan l'anello inguinale, arrivar (\*) ed interseca l'arteria epigastrica quindi di necessità anno il sacchetto erniario sormonta e passa sopra l'arteria epigastrica prima di avviarsi e di uscire dall'anello inguinale. Frattanto, allargandosi l'apertura interna dell'ernia, ed ebberrandosi la lunghezza del canale inguinale per l'erricimamento dell'interno suo orificio a quello dell'anello, succede che alle comparsa dell'ernia nell'inguine l'arteria epigastrica si trovi pnee necessariamente situata dietro del collo del sacco erniario, e spinta dal lato esterno all'interno dell'anello inguinale. Suppongo un laccio di filo il quale passi per le cavità del traliccio e per entro del sacco erniario, e comprenda tutto il canale inguinale seguendo la direzione del cordon spermatico. Se stringi questo laccio, siorchè l'orificio interno dell'ernia, che è situato al di là dall'accareamento dell'arteria permativa sulla epigastrica, si avvicini al pube, o si porti in direzione dall'anello al sacco, l'arteria epigastrica sarà trasportata dal lato esterno all'interno del collo del sacco erniario; e ciò succadrà tanto più nella formazione dell'ernia, quanto più questa diverrà voluminosa. Esercitato qualche ex-

(1) Tav. II. §. 5. 6. Tav. III. §. 6. 8. *CAMPBELL, Icones heru., Tab. X. P. H. Tab. XII. M.*

(2) Tav. VIII. §. 11. 12. Tav. XI. fig. 1. u. u. u. 5.

ro caso, codesta traslocazione dell'arteria epigastrica può essere riguardata come costante ne' soggetti affetti d'ernia inguinale. E certamente nel numero grande di cadaveri d'erniosi da me esaminati, non ne ho incontrato che pochissimi nei quali l'arteria epigastrica fosse rimasta al suo posto, o sia nell'istesso sito del collo del sacco erniario e dell'anello inguinale (1). In questi soggetti cessando la cagione che aveva dato luogo a tale eccezione, ho trovato in tutti la parete muscolare ed aponevrotica dell'abdomine dal fianco al pube assai più debole e fiocida di quant'altre volte negli erniosi inguinali, e ho ricercato invano l'arteria che s'aponevrosi del testicolo e dell'obliquo interno, non in prossimità del fianco, come ordinariamente, ma poco prima che giunga spondevosi e inserissera al pube, frenando insieme la colonna superiore dell'anello inguinale (2) in modo insediato e riproporzionato alla piccolezza dell'ernia. Similmente il collo del sacco erniario non procedeva, come d'ordinario, per una linea obliqua, discendendo dal fianco al pube; ma si apriva una via quasi diretta del sacco all'anello inguinale nella direzione del piccolo asse della pelvi. In un parola, i soggetti di quelli si parla, il peritoneo non aveva cominciato a farsi il digito del sacco erniario sotto del margine carnoso del testicolo muscolo, per dove esce dalla parete muscolare del ventre il cordone spermatico, ma bensì ritraeva le sue aponevrosi del testicolo e dell'obliquo interno in rinfranca del pube, di qua dall'origine principale del cremastere, che è questo sito di qua dall'innestramento del cordone spermatico sopra dell'arteria epigastrica. Per la qual cosa il sacchetto erniario, essendosi appoggiato sul cordone spermatico al di qua dalle dette intersecazioni, aveva insieme con esso cordone tirato la vena unita per l'anello inguinale, senza punto spostare l'arteria epigastrica dalle sue e direzione sua naturale. Propeius enim patiendo, questa anormale d'ernia è un composto di *ventrale* o d'*inguinale*, in quanto che il sacco erniario

perfora la *fascia transversa*. Le spondevrosi del testicolo e dell'obliquo interno muscolo di contro l'anello inguinale, e non è dissimile dall'ernia inguinale ordinaria, perchè esce come questa per l'anello dell'inghine unitamente al cordone spermatico.

§. XXVII. Quest'insolita maniera d'ernia inguinale si fa quando le viscere addominali trovano più di facilità e farsi strada nell'inghine per la fossa inferiore del peritoneo (3) diretta dalla superiore per l'interposizione del ripario fatto dal ligamento ombelicale unitamente alla folla del peritoneo che s'ende a canto della *traccia ossea*. Vi sono in ciò tre varietà, secondo la diversa posizione, ed ampiezza della folla del peritoneo, che comprime il ligamento ombelicale, la quale talvolta è doppia. Questo modo non ordinario d'ernia inguinale è stato osservato anche da *HARVEY* (4), il qual autore ha per ciò giudicato utile ora per pratici il distinguere d'ora in avanti l'ernia inguinale in *esterna perfetta*, ed *imperfetta*, ed *interna*; cioè, in quella che ha i suoi primordii nelle fossa superiore del peritoneo verso il fianco, ed al di là dall'interseccamento del cordone spermatico coll'arteria epigastrica; ed in quella, la quale, tirando origine dalle fossa inferiore del peritoneo, spunta nell'inghine di contro l'anello inguinale, e conseguentemente al di qua dell'interseccamento del cordone spermatico coll'arteria epigastrica. Questa distinzione, vera in se stessa, sarebbe di un grande vantaggio nella pratica dell'operazione dell'ernia incarcerata inguinale, se i caratteri distintivi dell'una e dell'altra maniera di questa malattia, indicati dal citato scrittore, fossero manifesti egualmente nelle grosse che nelle piccole ernie di questa specie. Imperciocchè, l'ernia inguinale *interna* di per sé sola non ha una estensione tutta propria, e forma d'intorno l'anello inguinale una tumidezza molto maggior di quella che produce l'ernia inguinale *esterna* in parola di volume; l'inguinale *interna* non fa alcun rialzo di forma cilindrica nell'inghi-

(1) *Trat. I. 5. 6. 7.*

(2) *Ibidem. b. b. A. A.*

(3) §. X.

(4) *Anatomisch-Chirurg. Abhandlung über den Ursprung der Leistenbrü.*

*ASTLEY COOPER* ci assicura, che questa maniera d'ernia era nota a *CLAUDIUS* sin dall'anno 1777, e che ne aveva data la descrizione nelle sue *Lezioni di Chirurgia*.

tura dell'inguine verso il fianco; nel ricostituire l'ernia *interna* non dà suono o gorgoglio; il cordone spermatico ed il testicolo nell'ernia inguinale *interna* sono portati sul lato estrinseco del sacco erniario col quale riguarda il fusto. Certamente in parità di volume, la rotondità del tumore e l'elevatezza della colonna superiore dell'anello nell'ernia inguinale *interna* (1) o maggiore di quella dell'*externa*; ed è verissimo che manca nell'*interna* quella tumefazione edolifera lungo la piegatura dell'inguine corrispondente al canale, per cui fra le aponevrosi de' muscoli addominali discende il cordone spermatico. Ma nonedue questi argui restano d'esser caratteristici, quando l'ernia inguinale *externa* è divenuta assai voluminosa, nella quale spermatico si tiene sul lato del tumore che riguarda il fusto (2), al contrario di ciò che osservasi nella inguinale *externa* d'egual volume; ma tosto che l'*externa* è divenuta assai voluminosa, la divaricazione che succede dei vasi spermatici, e lo spostamento dei medesimi verso l'ombelico a lato del tumore, recano questo segno fallace. Ciò non pertanto, qualora trattasi d'ernia inguinale piccola, un attento chirurgo ha sempre bastanti onde determinare non solamente a quale delle due maniere appartenga, ma ancora quale sia la posizione dell'arteria epigastrica relativamente al collo del sacco erniario ed all'anello inguinale.

Sudi eho giova altresì rimarcare, che non

sempre nella formazione dell'ernia inguinale *interna* le viscere spinte all'innanzi perforano, o divaricano la fascia *transversa* e le sponneroli del *transverso* e dell'*obliquo interno*; ma che talvolta spiegano innanzi di sé codeate sottili aponevrosi, ovvero soltanto la fascia *transversa*. Per la qual cosa ne viene, che il numero degli involti dell'ernia inguinale *interna* non è costante come lo è nell'inguinale *externa*; locchè costituisce un'altra differenza fra questo due malattie, oltre le sopra accennate discrepanze.

§. XXVIII. Le cose sin qui dette intorno l'origine ed incremento dell'ernia inguinale *vulgare*, sono per la maggior parte applicabili alla dottrina dell'ernia inguinale *congenita*; se si eccettui che nella *vulgare*, il sacco erniario è fatto dalla morbosa protrusione del peritoneo, mentre nella *congenita* è formato dal naturale prolungamento dello stesso peritoneo costituente la tunica vaginale del testicolo. La distinzione in inguinale *interna* ed *externa* non ha luogo nella *congenita*, poichè non vi si può formare che l'*externa*, atteso che il collo della vaginale corrisponde invariabilmente a quel punto dell'addome, ove il cordone spermatico esce dalla parete muscolare dell'addome sotto il margine esterno del *transverso*. La vaginale situata al di sopra del cordone, non altrimenti che il sacco erniario nell'ernia *vulgare* *externa*, argue il corso naturale del cordone spermatico; quindi passa fra la divaricazione delle fibre carnee inferiori dell'*obliquo interno* o l'origine carnosa principale del *cremaster* (3). All'uscita dell'anello, la vaginale unita al cordone spermatico; non altrimenti che il sacco erniario nell'ernia inguinale *vulgare*, è compresa dalla guaina muscolare ed aponevrotica del *cremaster* che la circonda e l'accompagna sino nel fondo della

(1) *Tab. I. b. b. k. k.*

(2) *Ibidem. l. l.*

(3) *Waisazano Sylog. comment. anal., pag. 23. In radovere puri annorum quatuor, aperto, sectione transversali infra umbilicum, abdominis, ut ea linea oblique pars, quae ob umbilicum ad pubem descendit illarum maneret, peritonaeum rante ad iunctura internam muscularum abdominalium inferiorem partem solvi et removi ad vasa urinaria usque. Evidentissime jam peritonaei infra marginem transversalis musculi in tunica vaginalem progressum immediatum videri. Obliquum unumquemque autem rante perforavit in utroque latere, ut trunci duo fibrarum muscularium finitimi cremasterem formantes ultra 2/3 tumorem vaginalem amplecterentur. Hoc modo formatum peritonaei protusum, per anulum obliqui majoris abdomen egrediebatur.*

scroto. E poichè il collo e l'orifizio della vaginale della parte del cavo del ventre, nello stesso modo che il ditale fatto dal peritoneo nell'ernia *vulgare esterna*, si trova situato più in alto verso il fianco, di quello che sia il luogo dell'accavallamento del cordone spermatico sopra dell'arteria epigastrica; così la vaginale contenente le viscere protruse, seguendo costantemente il corso del cordone spermatico, sormonta ed internasi quasi l'arteria, e fa sì che questa, anco nella ernia inguinale congenita, si trovi spostata dal lato esterno all'interno dell'anello inguinale. Non ostante però non si grand' somiglianza di parti costituenti l'ernia inguinale *esterna* e la *congenita*, vi sono alcune differenze fra l'una e l'altra di queste malattie, le quali meritano d'essere particolarmente ricordate. Primariamente, nell'ernia *vulgare*, allorchè questa si avvicina al fondo dello scroto, il sacco erniario si arresta ove essa si tenta di ritirare che unico in un sol corpo il sacco erniario col cordone spermatico, o sia coi i vasi spermatici s'inseriscono nel testicolo dietro della vaginale e di contro l'epididimo. Nell'ernia *congenita*, al contrario, le viscere discendono più in basso dello scroto che nella *vulgare* ed a contatto del testicolo, e più in basso del testicolo stesso, il quale nell'ernia s'olunghino di questa specie è costretto a cedere di luogo e portarsi in dietro e più all'innanzi di quello che sia il fondo dell'ernia. In secondo luogo, nell'ernia *congenita* la diversa delle viscere dall'inguine al fondo dello scroto, e d'ordinario assai dolore, e (direi quasi) precipitosa, mentre, al contrario, nell'ernia inguinale *vulgare* la caduta delle viscere dall'anello nello scroto si fa gradualmente e piuttosto lentamente, a motivo che il sacco erniario non può discendere che per tanto quanto gli permettono di fare l'allungamento delle maglie del tessuto celluloso che unisce il sacco erniario alla regione lombare ed al cordone spermatico, quando nell'ernia *congenita* la via alla discesa delle viscere dell'urto nello scroto e di già aperta e preparata, per così dire, dalla progressiva formazione della vaginale e della discesa del te-

sticolo. Per la qual cosa, e ragione i pratici sperimentati ed osservatori diligenti riguardano come segno caratteristico dell'ernia *scrotole congenita*, quello della fertilità e prontezza colla quale le viscere protruse sono cadute dall'anello nel fondo dello scroto.

Volendo parlare con precisione, converrebbe distinguere l'ernia *congenita* da quelle che formasi nei neonati, ancorchè nell'una e nell'altra le viscere fuori uscire si trovino contenute nella vaginale del testicolo. E questa distinzione non sarebbe senza utilità per la pratica chirurgia. Imperciocchè la *congenita* propriamente detta e spesso, per non dire cieca, complicata di aderenze non naturali dell'intestino o dell'omento col testicolo, mediante le quali il testicolo, nella sua discesa si è tratto dietro quella viscere, o l'omento; mentre l'ernia della vaginale che fa la sua comparsa nel nroto, o nel fanciullo è d'ordinario semplice e libera da aderenze. Aggiungasi alle sopra accennate differenze, che il sacco erniario fatto dalla vaginale e costantemente più sottile, e più trasparente di quello dell'ernia inguinale *esterna*, comune, o dell'*interna*; e risulterà perchè la vaginale è un processo naturale del peritoneo, ed il sacco delle due altre ernie è un prolungamento forzato, e non naturale dello stesso peritoneo.

§. XXX. Un ulteriore analitico esame dell'ernia *congenita*, confrontata colla *vulgare*, offre le seguenti particolarità. È lo stesso nell'una e nell'altra l'ordine di come, tanto riguardo al passaggio della vaginale sotto il margine carnoso del testicolo, e fra le fibre carnose inferiori dell'obliquo *interno*, quanto per ciò che spetta alla guaina del cremastere, e l'alla cellulosità interposta fra questa guaina e la vaginale, la spessore della quale ultima non eccede punto quella che ha naturalmente il peritoneo; che anzi, secondo ciò che abbiamo poco fa detto, e che è sembrato a Bell (1) ed a Maass (2), è minore di quella che presenta il sacco erniario nell'ernia *vulgare*. La cellulosità interposta fra la guaina del cremastere e la vaginale non è sì polposa e si soffre come nell'ernia *vulgare*, a parità di circostanze, quan-

(1) *A system of surgery*. T. I., pag. 355.

(2) *Tractatus de morbo hern. congenito*, ZIMMERMANNI, pag. 28. *Sacculus ipse herniosus, separatus a musc. scroti cutr. ab omni impulsu, duplo majus, etque peritonaei etui, pellucidum, per quod omnium undique transpirat.*



to al volume ed antichità della malattia, per qual motivo non è giuridicamente facile e spedita nell'ernia congenita, come nell' volgare la separazione della guaina del cremastere dal sacco erniario fatto dalla vagina. Aperta nell'ernia congenita la guaina del cremastere per tutta la sua lunghezza, corre nell' fondo del sacco erniario quel rullo di divisione che si trova nell'ernia volgare fra il sacco erniario e la vagina del testicolo; poichè tanto le viscere discese che il testicolo sono contenute sotto un medesimo sacco. Non si può nell'ernia congenita, come si fa nell' volgare, arrovesciare il fondo del sacco erniario all'indietro, lasciando al loro posto i vasi spermatici col testicolo; poichè non è possibile nell'ernia congenita di ri-avere ed arrovesciare il fondo della vagina facendo il sacco erniario, rinchiudendo ed no tempo dietro e risalire all'indietro il testicolo ed i vasi spermatici che in esso s'inscrivono. Se di ciò non posso rammentare che non richiedo la scorticatura che per mancanza di queste coazioni è stata praticata nel celebre medico Zambaccano (1), nella felice persuasione in cui era il di lui chirurgo, si potrà soltanto il fondo della tunica vaginale senza muovere del loro posto i vasi spermatici, e legarla nel suo collo, ad oggetto d'impedire la recidiva dell'ernia, secondo l'erronea e già accitata opinione.

Un singolare caso d'ernia congenita contenente l'ernia inguinale comune è stato osservato da Hux, il quale fenomeno merita qui d'essere riferito. *Practical observ.* pag. 221.

Ho esaminato, scrisse l'autore, il cadavere d'un bambino di quindici mesi, il quale era morto per origine d'ernia scrotale incarcerata. L'ernia era stata formata dalla discesa nello scroto dell'intestino cieco, e di una parte dell'appendice vermiforme. Feci, soggiunse l'autore, un'incisione longitudinale dello scroto, e con ciò scoppiò d'aver posto allo scoperto il sacco che conteneva le viscere protruse. Ma, dopo aver aperto questo sacco, m'avvidi, che esso non era altro che la vagina del testicolo, la quale conteneva entro di se un altro sacco, che si prolungava entro d'essa sin a contrarsi col sottoposto testicolo, e che quegli

era propriamente il sacco erniario contenente le viscere fuori uscite. Infatti, proseguì egli, trovai, che la vagina, la quale si estendeva dall'anello inguinale al fondo dello scroto, era distinta dall'interno sacco mediante un soffice tessuto cellulare, che l'invase insieme sin a mezzo pollice circa della estensione sua inferiore. Le fibre carnee del cremastere apparivano distintamente nell'ernia ripiegata di questa tunica; ed il sacco interno era evidentemente un prolungamento del grande sacco del peritoneo spinto giù per entro della vagina del testicolo. Sollevato, e tratto da parte questo interno sacco, si vedeva la parete posteriore dell'ernia involucri sopra posta al corione spermatico; cioè non mancava alcun dubbio essere questo involucri la vagina del testicolo. Risultò quindi chiaramente, che nel bambino di cui si parla, ebbero appena l'apertura superiore della vagina, mentre essa ancora rimaneva aperta subito al disotto sin nel fondo dello scroto, il sacco erniario comune fatto del peritoneo si era insinuat, e ripiegato a modo di ditte per entro della aperta vagina, ed aveva tratto seco le viscere sopra nominate. L'ernia distesa dal secondo caso della nascita del bambino.

§. XXX. PATEX (2) fu di parere che talvolta l'ernia inguinale non esce propriamente per l'anello, ma si fa scir strada ritraverso la testitura dell'aponevrosi dell'obliquo esterno, o di un lato o dall'altro dell'anello stesso. Scrisse egli d'aver osservato due volte questa maniera d'ernia inguinale della grossezza di un'oliva, accompagnata dai più gravi e pericolosi accidenti. Un altro esempio di tal sorta è stato riferito da JOURNAL (3). Nessuna però di queste tre osservazioni è stata comprovata dall'esame anatomico-patologico, mezzo unico di stabilir con certezza l'identità e verità di questi ed altri simili fatti. Ciò non pertanto non eritro punto eluso i scrittori di chirurgia di attribuire a questa combinazione di circostanze l'origine e la formazione dell'ernia inguinale doppia nello stesso individuo. Intorno la qual cosa, quattorze io non pretendo di negare la possibilità, che lo verrebbe, in qualche trisimo caso, abbandonando la guida del

(1) *Muscul. loc. cit.*, pag. 29.

(2) *Oeuvres posthumes*, T. II, pag. 116.

(3) *Traité des hernies*, pag. 98.

condurre ipermittente, e si facevano stesce alla-  
verto le anglie dell'apomereon dell'obliquo  
esterno, in vicinanza del margini dell'anello  
inguinale, poiché vello succedere un simile  
squarcio nella lura bianca in prossimità dello  
spieglio dell'ombelico, e nelle stesse apom-  
ereon dell'obliquo interno e del trasverso di-  
contico l'anello inguinale; pure dico che non è  
questa certamente la constatazione colla  
quale si faem l'ruia inguinale doppia nello  
stesso lato, imperciocchè, a fronte delle tre os-  
servazioni poc'anzi citate, vi tiene un nome-  
ro assai considerabile di quelle le quali po-  
vano eridentemente che l'ruia inguinale  
doppia nello stesso lato è un composto del-  
l'organo ernia inguinale o dell'inguinale infer-  
na, e dell' congenita, ambedue unite per l'a-  
nello inguinale nello stesso lato. L'osservazio-  
ne di HERNIACON confermi la verità di que-  
sto fatto. Doppio equivochi locum (inguin-  
alema externa et interna) in eodem latere  
reapto dari posse, preparato minutum in  
hujusce collectione observato demonstratur.  
Loc. cit. pag. 30. ANNAUO (1) ne dà parecchi  
esempi; altri SANDERUS (2); ed un simile  
caso riferito di BADOUS (3) MARZLIN (4),  
WILKEN (5); l'osservazione del quale almu-  
menta di mette qui riportata dettagliata-  
mente a romolo e rantiaggio della studiosa  
gioventù. Fui chiamato, s'è disegh, a visito  
un uomo di anzietà, avente un'ernia ince-  
cerata, per la riposizione della quale indarno  
erano stati praticati tutti gli ordinj sanidj  
dell'arte. Il malato si ricordava che nella sua  
famigliolaria era stato curato d'un'ernia, e  
soltanto di sei o sette anni gli era ricomparsa  
nello stesso luogo una tumidezza, la quale  
non lo aveva incomodato che pochi giorni  
prima dell'incarceramento, venuto in consequen-  
za d'un sforzo che egli aveva fatto. Si passò  
all'operazione, la quale fu eseguita dal signor  
JANUS. Il tumore si estendeva a tutto lo sro-

to, fino a nascondere il testicolo. All'apre del  
tavo ernia io scesi fuori una quantità conside-  
rabile d'acqua, e si potènto una lunga ansa  
d'intestino nerastro a contatto col testicolo.  
Fu inciso l'anello inguinale, ed indi diposto  
l'intestino completamente. Ciò non pertanto  
rimanervi al di fuori dell'ombelico una tumidezza  
non intusale quasi lungui rosolare iper-  
matro, esaminando la quale con attenzione, si  
vide uscire da essa per un piccolo pertugio un  
getto di siero di urina puzzolente che con-  
tinuò per alcuni minuti. Diverse congruere  
furono da noi fatte intorno alla sorgente di  
quelli siero di urina, ma nessuna ci è sen-  
tita soddisfacente. Applicato il solito appa-  
recchio, il malato fu deposto in letto. Di lì a  
poco ripigliò il gocciolio di siero nerastro, che  
in breve tempo bagnò tutto l'apparecchio.  
Continuò poco i sintomi dello strozza-  
mento, ed il malato venì di riere tre giorni  
dopo l'operazione. Aprito il di lui addome,  
si trovò in buona stato cotro il ventre quella  
porzion d'intestino ilea che era stata ripor-  
ta, svolgendo la quale, fu facile la nostri  
corpora, quando vedemmo un'altra porzione  
dello stesso intestino rucchiata tuttora nel  
suo proprio e distinto sacco cecitro, la quale  
seconda porzione d'intestino trovemmo stroz-  
zata nell'ingune dello stesso lato ed inde-  
mentate gangrenata. In una parola, due in  
questo soggetto erano l'ecce di distinte l'una  
dall'altra nello stesso ingune, ed unite per lo  
stesso anello, un, cioè, col suo proprio sacco  
fatto dal peritoneo, l'altra fatta dalla diacca  
delle riere nella vigine del testicolo.

All'epoca in cui WILKEN scriveva forse non  
si avevano nozioni abbastanza chiare sull'es-  
sanza dell'ernia inguinale interna. Impercioc-  
chè parmi anzi verisimile, che nel soprariferito  
caso una delle due rui inguinali fosse l'interna.  
Ne solamente due, ma per zero tre furono  
le erni inguinali vedute da ASTLEY COOPER,

(1) Mémoires de chirurg., T. II, pag. 603-607.

(2) Natur-en Genesé. Bibliot. P. D., pag. 354.

(3) Dissert. de test. in foem. posic. § 44. Raro quidem, quandoque tamen evenire, ut idem homo ab eodem latere duplii hernia laboret; altera vulgaris, congrua aetate, eujus casus superiore anno in Annis quinquagenarij caduere se se mihi obtulit. Fieri quoque potest, ut in eodem homine hernia vulgaris et hydrocele congenita iunq, quidem morbum curant celeberr. auctor PACHESATE.

(4) Fedi Recens. Bibliot. chirurg. T. VII, pag. 591.

(5) Practica observ. an. herniae, pag. 104.

In quali nascino per l'anello inguinale dello stesso lato, in un soggetto, il quale era stato tra tagliato da stringimenti d'urtrici, e da calcoli impegnato nelle vir orinarie. Essamine queste ernie nel cadavere dalla parte del lato del ventre (1), l'autore trova, che il sacco erniario di cui si era fatto strada fra l'arteria epigastrica, ed il ligamento ombelicale, e quello della terza aveva fatto la sua comparsa al di fuori fra il ligamento ombelicale ed il pube; che è quanto dire, tutte e tre erano inguinali interne.

§. XXXI. Sulla diatesi del canale intestinale tenne nello scroto, e sui cambiamenti di posizione che subiscono alcune delle sierre contenute nel ventre per motivo d'ernia inguinale intestinale, ed ossenta le, ho avuto più volte occasione di osservare, che della posizione d'intestino tranne costituente l'ansa di cieca nello scroto, una parte assai spesso s'innalza al di sopra di 8 di dita; di maniera che sovente, spero il tumore, non si può determinare con sicurezza qual parte dell'ansa corrisponda alla porzione superiore, e quale all'inferiore del tubo intestinale. Non aerei dire però se costato innocebbamento si faccia nell'atto della diatesi dell'intestino per l'anello inguinale, ovvero dopo che l'ernia si è molto ingrossata, e l'anello è divenuto più ampio del consueto. E per ciò che riguarda i cambiamenti di posizione delle sierre contenute nel ventre a cagione di questa malattia, in que casi in quali l'ernia inguinale è fatta soltanto da una piccola porzione d'intestino tranne, lo spostamento delle sierre nel caso del ventre non è manifesto che in quel piccolo tratto del mesenterio cui corrisponde l'ansa intestinale fuori uscita, il qual tratto del mesenterio è costantemente più allungato del naturale, ed inoltre più grosso e pinguedinoso del consueto, ed interposto di vari sanguigni dilatati e varicosi. Questo ingrossamento pinguedinoso del mesenterio è costante anche ne' soggetti più marilanti, in quali sembra che quel poco di pinguedine che si trova sul mesenterio, discenda per accumularsi in quel tratto di questa membrana che sostiene l'ansa

d'intestino fermentante l'ernia; lo che parmi debba avere qualche parte fra le ragioni che determinano lo stozzamento. Se poi l'ernia scroale è fatta dall'estremità dell'ileon prossimo ad inserirsi nel colon, oltre la diatesi di questo intestino, ne risulta un inconveniente talvolta peggiore dell'ora accennata, quella cioè, di far poco a poco a poco nello scroto il cieco intestino colla sua appendice vermiforme; la qual cosa non può a meno che indurre un notevole cambiamento di posizione sino nel restante del resto intestino situato nel ventre e congiuntamente nelle sierre che hanno una stretta connessione col colon intestino. In fatti ne' cadaveri de' soggetti affetti d'ernia scroale voluminosa, prodotta da diatesi del cieco, vedesi una dispersione manifesta nel fianco destro; il colon intestino destro ed il trasverso si trovano spostati e tratti in basso oltre il consueto verso l'ombelico, e con esso il fondo dello stomaco e l'omento. Non egualmente considerabile è lo spostamento delle sierre indicate i-serre, quando l'ernia è fatta dal colon del lato sinistro; poichè in questa malattia discende nello scroto più di quella porzione di colon sinistro che forma la piegatura sigmoidesca, che di quella che occupa la regione epicolicca sinistra. E quanto all'omento, la diatesi di questo viscere ha luogo più frequentemente nell'inguine sinistro che nel destro; lo che è stato già rimarcato da VERATIN (2) e da RUSSON (3), e confermato da molti altri chirurghi assai versati nel trattamento di questi mali, seguitamente da ARAUJO (4), il quale non ha dubitato di asserire che di venti ernie inguinali omentali, diciannove sono del lato sinistro. Assieme l'omento nel ventre degli erniosi ha forma di un triangolo, il di cui vertice sta nello scroto, la base attaccata al fondo del ventricolo ed al collo trasverso. L'omento discendendo nell'inguine si addossa e si stringe in se stesso a modo di corda, le di cui fibre e volute sono tanto più strette e caviariste insieme, quanto più si scottano all'anello inguinale, ove talora tutta la massa omentale non ha che poche linee di diametro, mentre il restante di essa nel ventre si piega a modo

(1) Opera cit. Plute X.

(2) De H. C. Fab. Lib. V, Cap. IV-XIX.

(3) Anthropograph. Lib. LXXI, Cap. XI.

(4) Mémoires de chirurgie.

di ventaglio. La porzione d'omento fuori dell'orbita, dura, assai spessa e compatta, rassomiglia non di rado ad una sostanza fibrosa coperta da una liscia sottile membrana. Talvolta nell'orbita dall'aorlo forma un peduncolo, poi s'allarga ed ingrossa nello stroto a guisa di fungo. Anco nell'ingrossa porzione di omento che è nel stroto, ha d'ordinario più di spessezza e di durezza che in tutto l'altro; lo che dipende certamente dall'irritamento prodotto dalla continua strittura, dalla varicosità dei vasi vrnosi, dall'accumulamento irregolare della pinguedine. Le grandi diatesi d'omento agiscono necessariamente, come ai è detto, il colon trasverso e lo stomaco; questo però, secondo le mie osservazioni, meno che il colon; e quest'ultimo non è mai trito in basso egualmente da per tutto, ma più nel suo mezzo che nei lati.

§. XXXII. L'ernia omentale del piccolo volume ha non il grande somiglianza coll'idrocele diffuso del cordone spermatico, quando queste malattie è situate tanto in alto da occupare e dilatare l'anello inguinale, che il più sperimentato chirurgo prova grandi difficoltà a distinguerle l'una dall'altra di queste infermità. La forma cilindrica d'ambidue questi tumori, la non naturale dilatazione che l'uno e l'altro inalzano dell'anello inguinale, la resistenza, la sensibilità per uso che eguale d'entrambi, l'eguale stato che prova il chirurgo nel farne la riposizione, sono circostanze tutte che ne rendono oscura la diagnosi. Forse potesse d'avere trovato un carattere proprio e distintivo dell'idrocele diffuso del cordone spermatico, in ciò che l'omento riposto nel ventre si rimane finché il malato si tiene supino e non fa alcuno sforzo; mentre al contrario l'idrocele diffuso del cordone, quanto di là dall'anello inguinale, ricomparire appena fatta la riposizione, ancorchè il malato se ne rimanga supino senza tentare o fare sforzo per alzarsi. Se ciò è di'leni mai, certamente non si verifica in tutti. Io posso anchenne d'avere più volte osservato ernie inguinali epiploiche di forma cilindrica, le quali appena riposte ricomparivano come prima, anzi che il malato cambiasse di posizione o facesse il più leggero sforzo; e primamente degli idroceli diffusi del cordone spermatico, i quali respinti di là dall'aorlo si ritornavano finché il malato si tenesse sopra e senza fare sforzo.

Se'ra'le veri puercheri rotte mi sono ingrossate, sembrandomi d'arere sotto le dita una piccola ernia epiploica, perchè il tumore aveva forma allungata ed era soffice, e respinto si nascondeva in tutto o in gran parte di là dall'anello inguinale; però notomizzando le parti ho trovato, non senza sorpresa, che quel tumore era fatto da acqua gelatinosa sparsa nella cellulosa che involgeva il cordone spermatico, il quale acquoso infarcimento si estendeva tutto poco di là dall'anello. Ciò che mi è sembrato meno incerto in tutto quest'affare si è, che la consistenza e l'irregolarità della superficie del tumore è quanto maggiore al tatto nella picciola ernia omentale che nell'idrocele diffuso del cordone, e che quest'ultimo è sempre più largo in basso che verso l'anello, al contrario della picciola ernia omentale. Io oggi modo è forse conveniente nell'imperfessione dell'arte per riguardare a questo punto di diagnosi, e che inogi del passare rid sotto strittura, giovi il dirlo apertamente, affinché gli allievi nella pratica della chirurgia si tengano in guardia prima di pronunciare definitivamente su questo articolo. Del resto nessun dotto ed esercitato chirurgo incontrerà giammai ernia rimarchevole di difficoltà nel riconoscere l'ernia vera dell'idrocele esteso del cordone situato al disotto dell'anello inguinale, da quello della vaginale, dalla varicosità dei vasi spermatici ed altre simili affezioni, sotto il nome d'ernia false, essendo che i segni caratteristici di ciascuna di queste malattie sono molli e manifesti segnatamente sul conto del varicocele, trattiamo il quale colle dita si sente come composto di tanti nodi. ALEX. COOPER suggerisce anco il seguente modo di indagar. Collocato il malato supino, e ripinto nel ventre il tumore, vi si tiene il dito. Se esiste ernia, essa non ricompare, ancorchè il malato tosse, o faccia sforzi per alzarsi, ma se il tumore riposto è un varicocele, malgrado la tenuta del dito contro l'anello inguinale, il varicocele tumore ricomparisce sotto del dito, a motivo che quella stessa pressione la quale si opporrebbe all'uscire dell'ernia, ritarda del pari l'ascesa del sangue per le vene varicose del cordone.

§. XXXIII. Nella donna esiste il canale inguinale come nel maschio; ma in quella più ristretto che in questo, a motivo che il ligamento rotondo dell'utero, cui il detto canale

il passaggio, è d' assai più gracilior che il conduttore spermatico. Non pertanto anche ora la donna ha *la fascia traversante* che serve il ligamento rotondo entro una guaina che lo accompagna sin' all' orifizio dall' anello inguinale. L' anello poi è di molto più angusto che nel maschio, e situato più in basso, e più vicino al pube. Non vi è nella donna vestigio di ritrattarsi. In essa però, come nel maschio, può aver luogo l'ecclusa inguinale *estrema completa*, ed *incompleta*, non che l' *inguinale interno*. Il tumore sortito dall' anello inguinale solleva il labbro del pube di quel lato.

§. XXXIV. Riferendo nell'enorme differenza che passa fra il trattamento dell'ernia, quale si faceva dagli antichi chirurghi, e quello che si pratica dai moderni; cioè, che gli antichi indevevano l'ernia non introzate, aspettando naturalmente il testicolo, senza assistenza: perciò di prevenire la crivida della malattia, e risapere con pericolo della vita degli infermi; mentre i moderni chirurghi non tardano che l'ernia straziale, e rurano, o rendono innocua e tollerabile le loro introzate, per via di mezzi blandi e innocenti, è d' uopo convenire che di quanti benefici ha spinto la moderna chirurgia nel genere umano quello dell'invenzione e perfezionamento del ciuto e uso dei più cozzanti. AQUAPARAZZA (1) a questo proposito scrisse: *Il taglio dell' ernia è così orribile e pericoloso, che abbiamo molti campani, molti nondimeno o sotto di esso, o poco dopo un giorno; onde che i chirurghi imprendono di medicare codesti infermi come morti. Per la qual cosa io sono stato sempre d' opinione che in nessun modo i pazienti sodeati sia a questo pericolo, particolarmente potendo per tutto il tempo della loro vita portare il brughive, senza che si arrischi neppure d' un sol giorno la loro vita; il che consiglio ancor più volentieri, quanto che uno di questi giorni, parlando col signor QUARZO NOZZI, operatore molto esercitato in questa cosa, mi disse che per l'umanità egli aveva ogni anno tagliato più di duecento infermi, e che adessane anche ventate: ed a me che gliel' dimandava la ragione, rispose, perchè molti nel portare il brughive, applicandosi un medicamento astrigente, si sanano. Non vi è alcuno fra i chirurghi, il*

quale non sia intimamente persuaso di questa verità; pure, per uno di quelle molte contraddizioni dello spirito umano, l'arte di costruire e di applicare il brughive è tuttavia nelle mani di uomini avari e del tutto ignari dell'risenza e varietà della malattia cui vogliono riparare; né almeno, almeno in Italia, fra i pratici più rinomati si occupa, non dico di fabbricare rotte proprie mani, ma di dirigere la fabbricazione ed applicazione di queste macchinette; che anzi, oserri dire, essere così ristrette e confuse le loro cognizioni in questo genere di cure, che la pluralità di casi mostra di non aver portato tutta l'attenzione che si richieda su questo importante articolo di chirurgia. Imperciocchè, quantunque convengano generalmente i chirurghi fra di loro nella preferenza da darsi ai riasti elastici anzì non elastici, se vengono poi, quanto agli elastici, nella lunghezza da darsi alla molla, e nella forma del compressore. Opinano alcuni che la molla a semicerchio sia bastante all' uopo; altri pretendono che la molla debb'essere prolungata da un lato sino all'origine del fasciata del lato opposto; e che di dodici parti di tutta la circonferenza del barino, la molla ne ricominci dieci. Queste due opinioni però, da quanto mi pare, sono, se non in tutto, in molta parte almeno, reconciliabili fra di loro, qualora vogliam attentamente considerare i principii fondamentali della meccanica de' ciuti elastici, e si voglia valutare imparzialmente i risultati delle osservazioni e delle esperienze state istituite, praticando l'una e l'altra maniera di ciuto elastico in circostanze eguali e dissimili. Generalmente, qualunque sia la lunghezza che si dia alla molla, questa, applicata che sia d'intorno al barino, rappresenta una leva di terza specie, la di cui potenza è nel mezzo della convessità della molla, la resistenza nell'estremità di essa che appoggia di contro l'anello inguinale, e l'ipocostico nell'estremità opposta della molla medesima situata sulle ultime vertebre lombari e sulla sommità del sacro. E poichè l'azione di questa molla non è dissimile da quella d'una pinzetta aperta fortatamente, la quale per il più piccola movimento dello parte che abbraccia, ha una facile tendenza ad abbandonare la presa e scostarsi; così, all'opposto, se l'ipocostico, o

(1) Operaz. chirurg., Cap. LXX.

sio l'estremità posteriore della molla, sarà tenuto stabilmente al suo posto, del pari costante ed equabile sarà la forza di pressione, che la resisterà, e oia l'estremità anteriore della molla, eserciterà dironzo l'anello inguinale. Le difficoltà dunque di avere un bello cinto elastico roundato nel trocero il modo di dare la maggiore possibile stabilità all'ipomoclio del braccio di leva, che si vuole impiegare dironzo l'anello inguinale. Si ora si è aggiunto all'estremità posteriore della molla una costringe, la quale compie la circonferenza del bacino, e venga ad unirsi anteriormente alla pallottola, o sia al compressore. ROUSSEAU-CAMERON (1) ha suggerito di allargare ed ingrossare l'estremità posteriore della molla, ad oggetto di renderla inflessibile, ed inoltre di fare in modo che appoggi sopra una migliore superficie che di consueto, dei lombi al sacro. Ho eseguito questo progetto, dando tanto di larghezza all'estremità posteriore della molla, quanta ne aveva l'anteriore nel luogo del compressore, ed ho inclinata in maniera che appoggiasse esattamente sulle ultime vertebre lombari e sul principio del sacro. Questa modificazione, unitamente al chaur evvertente che esporrò in seguito, corrispose pienamente all'intento, finché il malato si tenneritto in piedi ed immobile, ma tosto che cominciò a pigliare la corsa del lato affetto, e fare dei piedi, la molla e semicirchio abbandonò l'ipomoclio, ed insieme la pressione che esercitava contro l'anello inguinale. Fe d'uopo stringere la correggia, ed allora la macchina ha contenuto l'ernia bastantemente bene. Eccessivamente se l'ernia a intestinale soltanto e di piccola volume alche una discreta pressione dironzo l'anello era bastante e confacevole, queste forme e distribuzione di cinto corrisponde sufficientemente bene all'intento, erca che si ha bisogno di stringere la correggia in modo da incomodare l'interno. Ma se l'ernia è ventrale ovvero compunge l'intestino e di osento, e ad un tempo etoso colommoso, il cinto a semicirchio, malgrado la modificazione sopra indicata, non riesce in pratica egualmente bene quanto fa il cinto elastico costruito sui principi di CAMERON (2), la

molla del quale circonda il bacino da un lato alio ed appoggiasse sull'origine del muscolo fasciale del latooposto all'ernia, o sia sopra di tutta la circonferenza delle pelvi. Non esito punto ad asserire che di due molle è egual forza ed elasticità, una semicircolare, l'altra prolungata etonico gli insegnamenti di CAMERON, quest'ultima conterrà l'ernia scrotale con più di etabilità che la prima e con meno incomodo del malato; che anzi, produrrà lo stesso effetto etonchè la molla di CAMERON sia d'alenoj gendj meno forte ed elastica della semicircolare, e senza bisogno che la correggia venga stretta con tanta forza, quante si richiede per fissare l'ipomoclio del cinto semicircolare. Conto questo fatto di pratica non hanno alcun valore gli esperimenti fatti di teoria che sono stati addotti in contrario da quelli, i quali pevernetti contro gli insegnamenti di CAMERON, non hanno mai diligentemente e con imparzialità posto alle prove il cinto da esso proposto, nè hanno mai considerato attentamente in che consista o sconvenga con quello a molla semicircolare. ROUSSEAU-CAMERON (3) obbietta: *Che la molla di CAMERON non è un elastico determinato, il quale resisterà alle due estremità della leva, ma che egli è piuttosto una potenza la quale si distribuisce debolmente su tutti i punti d'un cerchio, più flessibile che elastico; la quale potenza si confonde e si perde nei punti d'appoggio e di compressione, di maniera che tutta la macchina non è che una corda metallica, la quale non ha attrazione sull'ernia che quella che le viene impartita dalla correggia che compie il cerchio del bacino. Quel colore ha questo poco fevolmente del cinto di CAMERON, perchè, come pare, fu poco solidificato dalla dimostrazione data da questo rinomato chirurgo, per provare che la larghezza della molla di sopra la rende più alta della semicircolare e contiene l'ernia inguinale. Ed io pure convergo che la dimostrazione di CAMERON, benchè fatta in parte delle teorie della curva elastica di BARROUET, riesce non intelligibile, non potendosi quei principj meccanici applicare esattamente alle circostanze della realtà per cinto. Ma se si abban-*

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'Émulation*, T. IV.

(2) *Mém. de l'Acad. R. de chirurg.*, T. XV.

(3) *Loc. cit.*, § XXIII.

dona la dimostrazione data da CAWSEA, ed al principio delle decomposizioni delle forze si combini il modo e la direzione colla quale l'elastro agisce, ben lungi dal risultare la molla di CAWSEA un elastico non determinito e di nessun forza, si scorgerà in vero che esso, in causa della sua lunghezza, riunisce alla stabilità del punto d'appoggio una maggior forza d'elaterio di quella della molla a semicerchio, e quindi può essere necessario all'uopo: cioè, vi riunisce quegli elementi che debbono determinare la preferenza di un cinto in confronto di un altro. Per una tale dimostrazione riprodurrò la stessa figura dataci da CAWSEA (1), riducendola alle più semplici espressioni. Sia il cinto di figura B, C, D, E, del quale per ora non si consideri che la lunghezza B, D, eguale a  $\frac{1}{2}$  fia, o sia alla metà di tutta la circonferenza del bacino. La forza elastica operando nella direzione delle perpendicolari a quel punto delle curve a cui vien riferita, la forza D equilibrerà quella in B, essendo fra di loro in diretta opposizione, ed il cinto premere egualmente, porta le altre cose pari, i punti B, D, e quindi resterà fisso. E ciò che dicerei della molla che circonda la metà della pelvi da D in B, si ridere del cinto a mezzo cerchio, il quale, circondando il fianco, si estenda da A in C; i quali due punti si equilibrano similmente l'un l'altro. Al più piccolo rassiaccomento che possa intervenire nella curvatura dell'elastro, come avviene di fatti per ragione del più piccolo moto di chi lo porta, cessando un tale equilibrio, cessa del pari la stabilità del cinto medesimo, e decomponendosi le forze B, D, si scorgerà facilmente che il cinto tenderà ad aggirarsi ed altro a scorrere all'indietro nella direzione I, C, e nel semicerchio ordinario nella direzione I, B. Per evitare questo inconveniente bisogna oltrepassare la lunghezza di  $\frac{1}{2}$  fia di tanto quanto basti per avere delle forze che resistano in senso contrario a quelle che spingono l'elastro all'indietro, e che abbiano una energia bastante a bilanciare la loro azione, senza nuocere per altro motivo all'uso dello strumento medesimo. Ciò si ottiene allungando la molla da B in K in  $\frac{1}{2}$  fia, e da D in E, o sia dandole una lunghezza di  $\frac{1}{2}$  fia. Data una tale lunghezza, il cinto rimarrà costantemente stabile,

le, e perciò fisso sarà il punto d'appoggio dell'elastro. Ora se alla lunghezza E a si aggiunga la porzione a A, riducendola così a  $\frac{1}{2}$  fia, essendo il punto a fisso, l'elastro a A sarà libero e ben determinato, e costituirà un braccio di lera al quale si potrà dare quell'energia che sarà giudicata necessaria per la pressione voluta dicontra l'ernia inguinale. E se la forza del braccio di lera a A risultasse troppo forte, si potrà sffiorarla coll'assottigliamento, e se troppo debole, si potrà facilmente darle la robustezza necessaria, accrescendo lo spessore della molla, ovvero allungando di qualche poco il cinto dal lato E, che è quanto dire accorciando il braccio di lera a A, poichè l'energia degli elastici cresce, in parità di cose, coll'accorciamento del braccio di lera. Querti vantaggi che si hanno, supposta la lunghezza della molla di  $\frac{1}{2}$  fia, la stabilità, cioè, dell'ipomoclio a l'azione libera d'una porzione dell'elastro che forma il braccio di lera, non si possono egualmente ottenere coi cinti di lunghezza minore della sopra indicata, e perciò neppure con quelli a semicerchio, o di sole  $\frac{1}{2}$  fia, ad onta dello stringere della correggia ed altri simili agenti per ritenere fissa tutta la macchina. Dalle quali cose ne segue, che quantunque il cinto a mezzo cerchio colla stringere della correggia può contenere abbastanza bene una piccola ernia inguinale intestinale, quello a molla di lunghezza di  $\frac{1}{2}$  fia può contenere l'ernia inguinale piccola intestinale od omentale, e la grossa ancora, impiegandosi una molla meno forte di quella che si richiede pel cinto a semicerchio, ovvero stringendo di gran lunga meno che nel primo la correggia, e di quel che conviene fare per dare un punto fisso al braccio di lera del cinto a mezzo cerchio. Oltre tutto ciò, ell'è cosa degna d'osservazione, che, sia che si metta in pratica la molla semicerchio ovvero quella di CAWSEA, egli è necessario di fare molta attenzione nei seguenti articoli. Primieramente, che la forza della molla sia proporzionata alla resistenza che s'intende di voler superare: in secondo luogo, che la molla appoggi d'intorno il bacino esattamente in primo per tutta la sua estensione: lo terzo luogo, che la pallottola o compressore sia adattata per riguardo alla grandezza, ed inclinata

(1) Vedi la qui unita Tav. III. Lineare, Fig. II.

colla massima accuratezza sotto il medesimo angolo che fa il margine inferiore del ventre coll'osso del pube, il quale è curvo nei varj soggetti; ed inoltre, che il punto di compressione che fa sull'anello inguinale, si trovi circa due pollici più basso in un adulto della linea circolare, che descrive la molle sui lombi e sulla sommità del sacro. Il compressore altresì, quanto più l'Anello inguinale sarà piccolo e recente, tanto più dovrà premere nella direzione del pube al fianco; poichè tal è la via che tengono le viuzze nella prima loro discesa dal cavo del ventre all'anello inguinale. Se la molle non si appoggia esattamente in piano per tutta la sua lunghezza, sotto lo sforzo che fanno incessantemente le viuzze per sollevare la base ed il vertice del compressore, la molle fa un movimento di rotazione che facilita l'uscita delle viuzze; e se il compressore non è inclinato esattamente sotto l'angolo che fa il margine inferiore del ventre coll'osso del pube, lo stesso compressore non trova il giusto punto d'appoggio sulla sommità di quest'osso, nè può comprimerlo con egual forza tutti i punti d'intorno all'anello inguinale. Ne si potrà sperare giammai nell'ernie inguinali piccole e recenti una rara radiestiva per mezzo del rinto, se non si baderà a comprimer coll'anello anche quel tratto del collo del sacco erniale, che sotto l'apposizione dell'obliquo esterno scorre dal pube verso il fianco. Il compressore in oltre deve avere una superficie piana, e diretta in modo che interserbi dall'alto in basso l'obliqua posizione della fenditura inguinale. Vi sono però delle particolarità circostanti, nelle quali giova dare la preferenza al compressore convesso, e talvolta anco al conico. Esistenti circostanze sono allorché nella apertezza del trancuto è dritta piegandosi dell'inguine dicontra l'anello è tale, che vi forma una specie di imbuto,

nel fondo del quale il compressore piano non ha alcuna azione. La stessa cosa succede per motivo del cordone spermatico molto ingrossato, per ragione d'istole dello stesso cordone, e della vaginale del testicolo. Mi sono incontrato in alcune di queste complicazioni, nelle quali il miglior cinto elastico ed il compressore piano non bastano a contrastare le viscere, mentre informando io il pollice uno a toccare l'anello, le viscere si trascinano al loro posto, malgrado i gagliardi sforzi che il malato faceva nel touire. In questi casi l'applicazione del cinto di *Campes* colla pallottola esatta è riuscita perfettamente bene (1). Quanto alla molle, oltre il giusto grado di tempra e di elasticità che convien dare a questa parte essenziale di tutto lo strumento in corrispondenza della grandezza dell'ernia e della difficoltà di ritirarla, poichè la forma dei fianchi non è, come ognuno sa, simile a quella dei lombi, egli è della massima importanza che l'artista il quale si dedica alla fabbricazione di questi strumenti, abbia doni l'abilità maniera di passare la misura della molle con un filo di ferro, ovvero con carta o nastro, una adopri piuttosto una sottile lamina flessibile di metallo, la quale abbia dieci linee di larghezza, e porti nelle estremità anteriori la piastrina del compressore di larghezza e lunghezza proporzionata alla dilatazione dell'anello inguinale, ed alla direzione del collo del sacco erniale dal pube al fianco. Questa sottile o flessibile lamina metallica sarà dall'artefice condotta dall'anello inguinale intorno il bario, ed adattata con esattezza alla forma delle parti, nelle quali dovrà appoggiare in piano con pressione rigorosa; indi incidere la piastrina del compressore quanto basterà, perchè formi un angolo perfettamente simile a quello che fa il margine inferiore del ventre coll'osso del pube. La stessa sottile

(1) In un uomo di 50 anni, avendo un'ernia serotina non molto voluminosa, nella quale la fenditura dell'anello inguinale era prolungata oltre il consueto, sicchè dovevo averne detto che in quest'uomo era del tutto mancata la parete anteriore del canale inguinale, riusciti inutili i consueti mezzi meccanici per contenerla, corrispose alla asperazione un cinto a molle circolari collo pallottolo rilevate nel mezzo e circondate da un margine piano. *Tom. XI. Litare Fig. 18.* La prominente orla del compressore si innestava nella fenditura dell'anello, ed il margine piano applicato alle parti esteriori circonposte all'anello si opponeva efficacemente all'uscita delle viscere. Si rileva dalle Opere di Goode, che egli pure in simili circostanze ha avuto dei vantaggi dall'applicazione del compressore conico. *CHURCH. Works Vol. II. pag. 221.*



lamina metallica rimossa e posta in conveniente situazione, sicchè ritenga tutte le inflessioni statele impresse, servir di modello per la fabbricazione della molle del cinto, la quale non sarà data alla tempra prima di essere stata messa alle prove sul soggetto ernioso, onde vedere se tanto essa, quanto il compressore appoggiano esattamente da per tutto sull'inguine, d'intorno ai fianchi e sui lombi. Per ultimo, il cinto, la di cui molle ha rofza di lunghezza, non abbisogna di sottopancia. Ciò non pertanto, io per maggiore stabilità della macchina sarà creduto necessario in qualche cosa di aggiungercelo, poichè la pratica giornaliera dimostra che l'incomodo occasionato da questa briglia, dipende principalmente dalla sua rigidità, si potrà togliere o diminuire la molestia che apporta, sostituendo al sottopancia ordinario quello fatto a guisa delle cioglie elastiche, dette dai Francesi *brutelles*.

## MEMORIA SECONDA

SULLE COMPLICAZIONI

DELL'ERNIA INGUINALE

E SCROTALE



§. I. Io non mi sono proposto di dare in questa Memoria un regolare minuto dettaglio dell'operazione dell'ernia inguinale e scrotale incarcerata; ciò si legge in tutt'i libri di chirurgia; ma bensì di fissare l'attenzione della studiosa gioventù sopra alcuni punti importantissimi dell'operazione medesima, dedotti dalle nozioni patologiche di questa malattia, esposte nella precedente Memoria; seguitamente poi di mettere sott'occhio degli iniziati nell'arte le principali complicazioni di quest'infermità, corredate di quelle osservazioni e fatti di pratica, i quali possano servire loro di esempio e di guida in simili scabrose circostanze.

§. II. Quando trattasi d'un' ernia scrotale incarcerata di mediocre volume, poco importa che la sezione dei tegumenti cada alcun poco di qua o di là dell'asse longitudinale del tumore; ma dovendosi operare un'ernia scrotale antica e voluminosa, egli è un articolo di non poca importanza quello che il taglio dei legamenti dello scroto corra precisamente per la linea di mezzo di tutta la lunghezza dell'ernia. Imperciocchè, essendo ora cosa certa e dimostrata (1) che nell'ernia scrotali voluminose ed antiche, a motivo della lunga e sempre accresciuta pressione, esercitata dalla parete posteriore del sacco erniario sul cordone spermatico, i vasi che lo compongono ne rimangono divaricati, ed in suo sacco spostati in modo che non risiedono più, come prima, dietro del sacco, ma bensì vengono spinti sul lato, e peranco, sulla faccia anteriore del sacco stesso, principalmente in vicinanza del suo fondo; ne viene di conseguenza che il taglio dei tegumenti dello scroto, il quale nel progresso dell'operazione serve di norma all'incisione ed apertura del sacco erniario, deviando dalla linea di mezzo del tumore, da operazione che nei lati o nel fondo del sacco rimanga comprese nel taglio l'arteria spermatica, sola o unita al vaso deferente, il qual errore, come ognuno sente, debb'essere gravissimo, e perciò da evitarsi scrupolosamente. E per lo stesso motivo non posso menzionare con lode la pratica di coloro i quali nell'ernie scrotali incarcerate e voluminose, riposte che hanno le viscere, recidono francamente i lati del sacco erniario per tutta la loro lunghezza, come parte soprabbondante e di ostacolo alla pronta guarigione della piaga dello scroto. Nel fare la qual cosa non necessaria nè utile, e mio giudizio, espongono il malato al pericolo di grave emorragia e di mutilazione del testicolo da quel lato. Sono in fatti non poche le osservazioni state registrate di grave emorragia insorta nell'atto di tendere il sacco erniario, il qual accidente fu in ogni tempo attribuito ad una porfida morbosa dilatazione dei vasi propri del sacco erniario (2), non sospettando neppure i chirurghi

(1) Memoria I. §., XXV. Tav. III.

(2) SAATCHI, Méd. opérat., T. I, pag. 87. BASTIAINI, Opere chirurgiche, pag. 170. SCHMIDKEHN, presso RICHTER, Traité des hernies, pag. 111. LONSTON, Dissert. de hæm. congenito. HALL, System of surgery, T. I.

che i vasi da essi legati sulla parete anteriore dell'ernia, fossero quelli che compongono il cordone spermatico, il quale infatuato essi avrebbero potuto evitare se avessero inciso l'ernia precisamente nel suo asse longitudinale, ovvero non avessero prolungato la sezione del sacco erniario troppo in vicinanza del suo fondo. Un caso di tal sorta, pubblicato recentemente (1), e che qui giova riferire, contribuisce grandemente ad illustrare questo punto di pratica chirurgia. Narrai che in occasione di operare un'ernia scrotale locarcerata o voluminosa, dopo la prima incisione, si presentò sul sacco erniario una fettuccia vascolare rilevata, la quale a modo di spirale contornare il tumore dal di dietro all'avanti, e dall'alto al basso fino al fondo dell'ernia. L'abile operatore sospettò che quella fettuccia vascolare fosse fatta dai vasi del cordone spermatico, e così collocata sulla faccia anteriore e sui lati dell'ernia, memore, senza dubbio, dell'osservazione di LEMANN (2); e si assicurò egli di ciò premendo il condotto deferente, che gli pareva di riconoscere, dalla pressione del quale il malato accusò la stessa molesta sensazione che egli aveva provata, premendogli il condotto deferente dell'altro testicolo. Il sacco erniario fu aperto, riportando la sezione all'asse longitudinale del tumore colla maggior diligenza, per non offendere quella fettuccia vascolare. Ciò fatto, le viscere furono riposte nel vanire; indi, restringendosi lo scroto ed il sacco erniario, i vasi del cordone spermatico ed il testicolo ripigliarono il loro posto naturale dietro il sacco, ed il malato fu debitore all'avvertutezza e diligenza del chirurgo della guarigione dell'ernia e della conservazione del testicolo da quel lato.

La direzione del taglio esteriore si diversifica dalla precedente ne' casi d'ernia inguinale interna, e di inguinale esterna imperfetta. Nel primo caso il taglio dei tegumenti si fa quasi

verticalmente, e nel secondo obliquamente dal fianco al pube, nella direzione del cordone spermatico, e della piegatura della coscia, badando di non prolungare il taglio tanto in basso da aprire la vaginale.

§. III. Sul modo di procedere nella fenditura del sacco erniario, alcuni maestri in chirurgia insegnano d'incidere strito dopo strito; altri di farne la spaccatura d'un sol tratto di bistorio. Di questa opinione era il LOOM (3), il quale faceva animo al chirurgo di mettere allo scoperto le viscere protruse nell'ernia con due soli tagli, uno sui tegumenti dello scroto, l'altro sul sacco erniario. L'eccessiva circospezione dei primi, e la temeraria fiducia dei secondi derivano, a mio parere, dalla medesima fonte, cioè dall'imperfezione delle loro cognizioni patologiche sul vero numero degli involti dell'ernie scrotale, e sui varj cambiamenti che tolgono gli involti stessi, secondo che l'ernia scrotale è piccola e recente, ovvero grossa, essa ed inveterata. Fu per errore che da essi è stato compreso sotto il vocabolo di sacco erniario ciò che la anatomia patologica mostra essere un composto di più sacchi concentrici, cioè dell'aponevrosi superficiale della coscia, delle guaine del cremastere, delle cellulose esterne del peritoneo, e del sacco erniario propriamente detto. Per la qual cosa essi s'ingannarono quando misero in conto di accresciuta densità del sacco erniario fatto dal peritoneo, ciò che apparteneva all'ingrossamento della tela aponevrotica superficiale, della guaina del cremastere, e della cellulosa situata fra il cremastere ed il vero sacco erniario. E se meraviglia com'essi restringessero il numero di quante parti in una sola, mentre non cessavano di ripetere, che in occasione di operare l'ernia scrotale voluminosa ed antica, s'incontrano sempre molti involti membraneosi (4), e molte capsule così distinte l'una dall'altra,

(1) FARDEAU, Journ. génér. de méd. par Sédillot, T. XV, pag. 401.

(2) Traité des opérat., pag. 107.

(3) Mémoires de l'Acad. R. de chirurg., T. XI, pag. 453.

(4) SARRIEN, Méth. opérat., T. I, pag. 75: On trouve quelquefois plusieurs feuillets les uns au dessus des autres avant de pénétrer en dedans du sac, sur-tout si l'hernie est ancienne. Les feuillets sont séparés par un vide, qu'on pourroit prendre pour la cavité, dans laquelle les intestins sont contenus, si on n'en étoit prévenu; j'ai vu des gens habiles à qui cette disposition paroissoit embarrassante, hésiter à couper les feuillets les plus profonds de peur d'entamer les intestins.

da mentire ad ogni tratto il sacco erniario, come se tali involti fossero di nuova genesi, ed il sacco erniario fatto dal peritoneo non avesse dei caratteri propri e manifesti, per quali distinguerli esso facilmente dalle altre cattive membrane o sponevoli che si sovrappone all'ernia. Imperciocchè, come ho dimostrato nella predeceata Memoria, il sacco erniario, propriamente detto, conserva in tutti i periodi dell'ernia scrotale la spessezza e trasparenza, o non di meno, che ha il peritoneo nel cavo del ventre, se il coccinello qualche punto, ove per la lunga pressione fatta dalle viscere, o per infiammazione progressa, il sacco erniario ha contratto aderenza col circostante tessuto cellulare, o colle viscere in esso contenute, siccome più comunemente coll'omeolo. Nell'ernia irrotata di mediocre volume, il tessuto cellulare che accompagna il peritoneo fuori del ventre, e che si interpone fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario (1), non è che una molle e soffice cellulosa. Nelle rare ed antiche ernie scrotali, al contrario, questo stesso tessuto cellulare è denso e compatto, ed in apparenza composto di molti strati. La stessa guaina sponevoluta del cremastere (2) assume nell'ernia antiche una densa e spessezza di gran lunga maggiore del consueto. Per la qual cosa, nell'uno e nell'altro caso la notomia patologica ci insegna d'averci a procedere assai cautamente nel fare l'apertura del sacco erniario, onde metterlo allo scoperto le viscere in esso contenute, senza offenderle; perchè nell'ernia scrotale di mediocre volume, e non antica, incisa che sarà con uno a spessa la guaina del cremastere, si presenterà tutto tutto di esso il molle tessuto cellulare che accompagna il peritoneo fuori dell'anello inguinale, sollevato e reciso il quale, trasparirà immediatamente dopo di esso il vero sacco erniario fatto dal peritoneo; e nel secondo caso di vasta ed antica ernia scrotale, poichè non sarà giammai possibile di determinare in ogni individuo il grado di densità e di profondità del tessuto cellulare interposto fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario, sarà sempre della prudenza del chirurgo il procedere diligentemente in simili circostanze, sollevando colle piolette o colla sonda appontata,

a recidendo arato dopo arato quella dora cellulosa sottana posta sotto la guaina del cremastere, finchè comparisca nel fondo della lacerazione quella trasparente membrana che costituisce il vero sacco erniario fatto dal peritoneo. Chioaque devierà da questa norma, correrà rischio nel primo caso di precipitare col coltello sulle viscere, e nel secondo di prendere per sacco erniario la dura e grossa cellulosa sostanza da cui è ricoperto.

In generale nel metterlo allo scoperto il sacco erniario fatto dal peritoneo, giova di non staccarlo, o isolarlo dalle parti colle quali è connesso, giacchè la retrazione dei legamenti, e della guaina del cremastere e più che bastante a porre sott'occhio dell'operatore il vero sacco erniario per indi aprirlo con sicurezza di non offenderlo le viscere in esso contenute. Lo staccamento, e l'isolamento priva il sacco di vitalità, e lo fa cadere dopo l'operazione lo mortificazione, la quale si oppone alla sollecita guarigione della piaga, sia per prima intenzione, o per granulazione. Se poi il sacco erniario è fatto dalla vaginata del testicolo, è buona pratica quella di non aprirlo sin al fondo dello scroto, onde impedire che il testicolo era dalla sua nicchia.

§. IV. Aperto il sacco erniario, lo scopo principale dell'operazione si è quello, come ognun sa, di liberare con sicurezza e prontezza le viscere dallo strozzamento, e riporre nel ventre. Intorno alla qual cosa, se in tutti i casi d'ernia inguinale o scrotale incarcerata il solo ostacolo alla riposizione delle viscere fosse la strettezza assoluta o relativa dell'anello inguinale in confronto del volume delle viscere fuori uscite, questa parte di tutta l'operazione sarebbe non solamente la più facile da eseguirsi di tutte le altre, ma altresì la più esente da pericoli per l'infermo; poichè, per rimettere con prontezza le viscere nel ventre basterebbe soltanto incidere, o piuttosto scalare profondamente dal di fuori all'interno la colonna tendinosa dell'anello inguinale, altro la quale, le viscere quasi spontaneamente si ritirerebbero nel cavo dell'addome. E questa pratica sarebbe tanto più da commendarsi, quanto che, oltre parecchi altri vantaggi, apporterebbe costantemente quello

(1) *Tav. II, A. b.*

(2) *Idea g. g. a. a. f.*

che l'arteria epigastrica non verrebbe giammai interessata nel taglio dell'anello inguinale, sia che questa arteria si rimanesse al suo posto nella formazione dell'ernia inguinale, ovvero si trasportasse, come fa il più delle volte, per di dietro del collo del sacco erniario dal lato esterno all'interno dell'anello anzidetto. Ma l'osservazione e la ripienza si hanno dimostrato, che assai più frequentemente di quanto sinora è stato creduto e credersi tuttavia dai volgari chirurghi, lo strazamento delle viscere dipende meno dall'elasticità indurita dell'anello che dalla ristrettezza eccessiva e rigidità del collo del sacco erniario, e che perciò sarà mai sempre ottimo consiglio quello di tagliare in un coll'anello inguinale il collo del sacco erniario, qualora vogliasi in ogni qualunque caso liberare con sicurezza e prontezza le viscere protruse nell'inguine. Non può negarsi che, così facendo, l'orribile e il più da temersi si è l'offesa dell'arteria epigastrica; ma su questo punto sarà d'ora in avanti della perfezione dell'arte il determinarsi in un modo invariabile la condotta del chirurgo, per evitare mai sempre un così grave infortunio, sia che l'arteria epigastrica si trovi da un lato o dall'altro del collo del sacco erniario e dell'anello inguinale. Gossio, per verità, accien (1) che erano vani e mal fondati i timori di quelli i quali opinavano che nel taglio dell'ernia inguinale una scerata porta rimanesse compressa la detta arteria. Crotchi (2) disse la stessa, o parecchi altri celebri pratici di chirurgia hanno tratto in al loro conto il pericolo d'offendere quest'arteria, incidendo l'anello inguinale, che descrivono questa operazione, non ne hanno neppure fatto menzione; nel numero dei quali scrittori sono il Loois (3), HERNIMANN (4), CALISEN (5), BELL (6), WILMAN (7). Malgrado queste grandi autorità, io

ho avuto il di piacere di trovarmi testimone oculare di questo grave ed irreparabile accidente, sopravvenuto dopo un'operazione eseguita da mano maestra, e colla più grande facilità. E così mi dirò che al BLANCAUD si sia occorso più d'una volta d'asserrare la stessa vena, poiché egli scrisse (8): *Possio asserere d'aver aperto cadaveri d'uomini morti poche ore dopo questa operazione, quantunque fatta con tutta facilità, drittezza e prontezza, che gli operatori se n'erano applauditi; e stapparsi non sapevano capire la ragione d'una morte inaspettata; ma cessò il loro stupore quando videro il ventre pieno di sangue uscito per quell'arteria (l'epigastrica) recisa.* LE BLANC (9) scrisse parimenti che quest'errore è stato rammentato da chirurghi d'altronde celeberrimi. Erò che reader più formidabile questo emorragia si è, che per arrestarla niuna fiducia si può riporre negli agili stili proposti da ANSAU, nello stomaco descritto da CROUCH, nella piastrina di SMOULTON (10) di HANSELBACH e simili altri mezzi imperfezionissimi, poiché la profondità e cui ricorre l'arteria epigastrica impedisce di portare gli strumenti precisamente sul luogo dell'offesa, e perchè il versamento del sangue nel cavo del ventre si fa costantemente, senza che se ne abbia al di fuori un segno indicativo abbastanza manifesto; incoerente che, al primo comparire de' sintomi di strazio di sangue nel ventre, egli è già troppo tardi per aiutarvi al riparo, quantunque vi fossero dei mezzi veramente pronti ed efficaci di chiudere il lume dell'arteria epigastrica recisa.

§ V. In una cosa di fatto e di tanta importanza, quant'è la posizione e direzione che assume l'arteria epigastrica per riguardo al collo del sacco erniario ed anello inguinale, sembrerebbe che non vi dovesse essere alcuna discrepanza fra i maestri dell'arte, e perciò che non vi dovesse essere che una sola opi-

(1) *Libellus de herniis*, 52.

(2) *Demonstrat. anatom. patholog.*, Lib. II, pag. 5.

(3) *Acad. R. de chirurg.*, T. XI.

(4) *Chirurgische operat.*, t. Band.

(5) *Institut. chirurg.*

(6) *A system of surgery*, T. I.

(7) *Practical observ. on hernies*.

(8) *Trattato delle operazioni*.

(9) *Précis d'opérat.*, T. II, pag. 129

(10) *De herniis observationes*.

nione sulla direzione da darsi al taglio dell'anello inguinale e del collo del sacco erniario, onde evitare simultaneamente la offesa di questa arteria nell'atto di togliere la ragione immediata dello stromento dalle viscere. Pure GARNIER, LARAYE, SHARP, POTT, CHOPART, DEHAULT, SARATIN si segnano dover inclinare il taglio dell'anello inguinale *all'interno*, o sia verso il fianco, mentre ELSTON, PLATNER, SCHACHTER, BERTRANDI, MAURENNE, RICHTER, e parecchi altri la moderata schiargia opinano d'averli dirigere la sezione dell'anello inguinale *all'esterno* ed in alto, ossia verso il pube e la *linea bianca*. Questa diversità di dottrina fra uomini di tanto sapere e di esperienza aveva già da lungo tempo fatto sospettare ad alcuni varisti in queste malattie che vi dovesse essere esattamente della varietà ed incertanza sul punto delle posizioni e direzione dell'arteria epigastrica perriguardo alle persone affette d'ernia inguinale, dietro la quali varietà cinscheduno dei sopracitati autori avesse fondata la sua opinione; la quale indagine ho trovato essere verissima e confermata dal fatto. Imperciocchè, quantunque, il più delle volte nella formazione dell'ernia inguinale, il collo del sacco erniario fusse cambiare direzione all'arteria epigastrica dal lato esterno verso l'interno dell'anello inguinale (1), pure in alcuni casi, comunque rari essi siano, l'arteria di cui si parla ritiene la naturale sua posizione e direzione (2) lungo il lato esterno dell'anello e del collo del sacco erniario; la qual cosa ha luogo ogni qual volta la prima comparsa dell'ernia inguinale si fa dicontro l'anello al di qua dell'accasamento del cordone spermatico sopra dell'arteria epigastrica (3). Ma prima d'intraprendere l'operazione non è quasi mai possibile di sapere con precisione dal malato, se l'ernia inguinale nei suoi primordj ha percorso una linea obliqua nella piegatura delle coscia dal fianco al pube, ovvero se abbia fatta la sua comparsa direttamente di contro l'anello inguinale al di qua dell'interseca-

mento del cordone spermatico coll'arteria epigastrica, onde segna da ciò, che questa arteria si trova nel lato interno o esterno del collo del sacco e dell'anello inguinale. DASSAULT e CHOLEART (4), hanno rimarcato con molta esattezza e varietà, che quando, aperta un'ernia inguinale o scrosciale, si trova che il cordone spermatico si tiene sul lato esterno del tumore (5), ivi pure è situata l'arteria epigastrica, e *vice versa*; poichè tale effettivamente è la posizione e direzione di questi vasi in tutte quelle ernie inguinali, le quali si formano direttamente dicontro l'anello. Ciò non ostante, nell'atto dell'operazione, il separamento dal sangue, lo spostamento che si fa delle viscere protruse per esplorare il luogo preciso, ed il guado dello stromento, rendono difficile e pieno di dubbiezza, rimano per gl'iniziati, questo punto di diagnosi. Per la qual cosa, su questo importante articolo di pratica, ognuno, credo, sarà d'avviso che la più prudente e sicura maniera di togliere lo stromento dalle viscere, sarà quella di dare al taglio dell'anello e del collo del sacco erniario quella direzione per cui, trovisi l'arteria epigastrica al lato esterno o interno di questa parti, sia essa in ogni qualunque caso immune d'offesa. Ciò si otterrà costantemente prolungando il taglio dell'anello e del collo del sacco erniario in linea parallela alla *linea bianca* (6), sicchè l'incisione formi un angolo retto col ramo orizzontale del pube, la qual incisione sarà sempre picciola e non produttrice di quei lunghi squarci che male a proposito da alcuni si praticano, e che non sono giammai necessari per ottenere la riposizione delle viscere fuori uscita. Questa norma mi è risultata dall'esame di parecchi cadaveri d'uomini erniosi, in alcuni dei quali l'arteria epigastrica era situata nel lato esterno, in altri nell'interno lato del collo del sacco erniario e dell'anello inguinale; nei quali tutti, usando tirato un filo parallelo alla *linea bianca*, ho veduto che, seguendo col coltello la traccia indicata dal filo, l'arteria epigastrica

(1) *Tav. II, f. 5.*

(2) *Tav. I, f. 5, 6.*

(3) *Memoria I, §. XXVI, XXVII.*

(4) *Traité de maladie, chirurg., T. I, pag. 263*

(5) *Tav. I, f. 1.*

(6) *Tav. I, II. Fatti la linea punteggiata.*

rimaneva intatta, ancorchè l'incisione fosse stata prolungata per un pollice al di sopra dell'anello inguinale.

Questo stesso modo d'operare vale ancor per l'ernia inguinale *extra-ova imperfetta*, la di cui formazione non è diversa da quella dell'inguinale *externa completa*, ed in ambedue delle quali l'arteria epigastrica risiede sotto del margine interno dell'orifizio superiore del canale inguinale, e conseguentemente del lato interno del collo del sacco erniario.

Per togliere lo strozzamento, innuolato dolcemente l'apice del dito fra le viscere, ed il collo del sacco erniario rin'al punto preciso dello stringimento, se pur vi si può pervenire, taluni fanno penetrare lung'esso un sottile bistorino *bottonato ricurvo*, col quale tagliano lo strozzo dall'interno all'infuori. Altri fanno precelere l'introduzione d'una sottile sonda scanalata guidata dall'apice del dito, e long'essa fanno penetrare un bistorino *retto bottonato*. Questa seconda maniera mi è sembrata più sicura, e più vantaggiosa della prima. Imperciocchè, se lo strozzamento si fa a notevole distanza di là dell'anello, l'apice del dito non può percorrerlo come fa la sonda rin nel cavo del ventre. La posizione che si dà alla scanalatura della sonda fissa la giusta direzione dell'incisione da farsi; finalmente, il taglio dall'infuori all'infuor o lo dà a conoscere al chirurgo con più sicurezza che dal di dentro all'infuori, che egli si trova nella giusta misura e profondità, né più né meno di quanto si richiede per mettere le viscere in libertà.

§. VI. Sulla cagione immediata dello strozzamento dell'ernia inguinale, non vi fu per lungo tempo fra i chirurghi che una sola opinione; cioè, che questo accidente era prodotto ora da una spumosa contrazione dell'anello inguinale, ora da un repentino incremento di volume delle viscere fuori uscite, sproporzionato all'ampiezza dell'anello tendinoso pel quale erano parite e discese. RIVIERO (1), SCHUSCHNIG (2), LUTTEN (3), NUCCIO (4) furono i primi fra quelli i quali cominciarono a so-

spettare che talvolta lo strozzamento delle viscere nell'ernia dipendeva meno dalla ristrettezza assoluta o relativa dell'anello inguinale, che dalla diminuita capacità del collo del sacco erniario, e talamente arrotondato, soprattutto nell'ernie inguinali non molto voluminose né antiche. LAZARUS (5) confermò questa verità con un buon numero di pratiche osservazioni, e dopo di esso le ancor d'ernie incurrate strozzate dal collo del sacco erniario indipendentemente dall'anello inguinale sono cresciute in tanto numero, che sembra ora, a giusto titolo, d'averli riguardare questa cagione immediata di strozzamento dell'ernia, non più come un raro accidente, ma bensì come una delle ragioni assai frequenti di codesta complicazione della malattia. Non egli è difficile il render conto, perchè questa verità importantissima da sapersi in chirurgia, abbia tardato sì lungo tempo a comparire nella sua maggiore luce, perchè, cioè, pochissimi sono stati in ogni tempo quei chirurghi, i quali tenuti al dovere d'esaminare ne' cadaveri degli eroici i rapporti fra il collo del sacco erniario e l'anello inguinale, e fra questa parte ed il volume delle viscere fuori uscite; e perchè in ogni circostanza d'ernia incurrata i pratici più valenti hanno sempre intriso in un coll'anello inguinale oco il collo del sacco erniario; tale che la vera cagione dello strozzamento esistente nel collo del sacco passava inosservata.

§. VII. Ne' molti cadaveri d'uomini erniosi da me esaminati, dei quali altri erano affetti d'ernia rotolare volgare, altri di *congenita*, ne ho trovato parecchi, nei quali il collo del sacco erniario era manifestamente in uno stato prossimo a divenire la cagione immediata dello strozzamento delle viscere discese (6), mentre l'anello inguinale assai dilatato e fiavello non avrebbe opposto che una debbole resistenza all'ulteriore progresso ed incremento delle viscere medesime nell'ernia come nel seguente caso. Un uomo affetto da piccola ernia inguinale fu preso da vici dolori di ventre,

(1) *Oper. med., observ. VIII*

(2) *Ephem. n. c., deced. I, an. IX, X. obs. 93.*

(3) *Hist. de l'Acad. R. des sciences de Paris, an 1703.*

(4) *Adenograp., pag. 78.*

(5) *Obs. de chirurg., T. II.*

(6) *Tab. IV.*

infi da singhiozzo, da nausea, da vomito. Fece egli allora ogni sforzo per far rientrare le viscere, ed apparentemente vi riuscì; ma la gravità degli accidenti si accrebbe, ed il chirurgo non vedea lo abbastanza chiaramente la causa del male però scorre cinque, o sei giorni, in capo ai quali il malato morì. Nel cadavere di esso si trovò, al di là dell'anello inguinale, una piccola massa intestinale tenue strozzata dal collo del sacco erniario, e non dall'anello inguinale (\*). Nulla di tutto ciò riscontrai ne' cadaveri di quelli nei quali l'ernia scrotale era assai vasta ed inveterata, ridondante d'acqua nel sacco e nel ventre, in soggetti decrepiti, i quali, durante la vita, non avevano giammai fatto uso del cinto. Fu propriamente ne' cadaveri d'uomini di mezza età, ed in quelli nei quali l'ernia scrotale era di considerevole volume, e che avevano portato un cattivo cinto ed irregolarmente, nei quali ho incontrato più frequentemente che in altri, il collo del sacco erniario considerabilmente ristretto, duro in vicinanza del margine dell'anello, e più con tende alla distensione di gran lunga di quel che fosse lo stesso anello inguinale. Ed ho avuto in questi soggetti l'opportunità di osservare che il sacco erniario nel suo passaggio per l'anello inguinale ora forma un collo o tubo della lunghezza di un pollice, ora semplicemente uno strettoio (1), come nell'annessa figura, sopra del quale strettoio o riglio si addossano strettamente le fibre carnee del cremastere, rigide esse pure, e talvolta quasi coriacee, unitamente alla sottoposta cellulosa, che accompagna il peritoneo, indurite esse pure e secche; le quali parti sovrapposte, dure, e callose contribuiscono grandemente ad accrescere la resistenza che il collo del sacco erniario oppone alla dilatazione dell'apertura, per cui le viscere sono discese nello scoto. Infatti, nei cadaveri dei soggetti dei quali si parla, introdotto il dilatatore di Leman fra il collo del sacco erniario e l'anello inguinale, non provai alcuna considerabile difficoltà nel far divaricare le falange tendinee dell'anello inguinale, e ne incontrai, all'opposto, molto nel voler di-

letare collo stesso strumento il collo del sacco erniario d'contro il luogo dello strettoio e dello stringimento. La stessa cosa ho potuto verificare nel cadavere d'un uomo il quale è perito sotto la violenza dello strizzamento prodotto dal collo del sacco erniario su di una piccola massa d'intestino urto nell'inguine (2). Trovsi in questo soggetto l'anello inguinale largo e facilmente distensibile, mentre il collo del sacco erniario teneva tuttavia stretta e strozzata la piccola massa d'intestino antedetta (3), ed opponeva una considerabile resistenza allo strumento dilatatore. Il cingolo costituito dal collo del sacco aveva la larghezza di quattro linee, ed era ingrossato manifestamente dalla sovrapposizione della dura cellulosa che accompagna il peritoneo, e dalle rigide e coriacee fibre carnee del cremastere.

§. VIII. Generalmente avvi una differenza ben distinta fra il grado di consistenza e di elasticità, che ha naturalmente l'aponevrosi dell'obliquo esterno d'intorno l'anello nell'uomo sano, e quella che ha stessa aponevrosi offre nell'ernioso. Pria che le viscere si aprano un passaggio per l'anello inguinale, esse hanno già notabilmente indebolito e sfiancato quel tratto della detta aponevrosi, che si tende dal fianco all'anello inguinale, per cui l'ernia è preceduta da una insolita tumidezza nella piegatura della coscia dal fianco all'inguine, la quale tumidezza indica il grado di sfiancamento indotto dall'urto delle viscere contro la colonna aponevrosica superiore dell'anello, il quale sfiancamento va di mano in mano crescendo a misura che l'ernia cresce. Il contrario di tutto ciò succede per riguardo al sacco erniario. Imperciocchè, in proporzione che il sacco dell'ernia dal peso delle viscere è tratto in basso nello scoto, il collo dello stesso sacco si rende rugoso ed a faldegge e un tempo stesso il collo del sacco è compresso fra i margini dell'aurico della pallottola di un cinto male costruito o impropriamente applicato, assume il collo del sacco erniario una tendenza a restringersi, non che ad ingrossarsi in quel luogo, a motivo dell'indurimento indotto dal-

(\*) *Journal Complémentaire du Dictionnaire des Sciences Médicales. Septembre 1818.*

(1) *Tav. IV, d, d, e, e.*

(2) *Idem IX, fig. II, d, e.*

(3) *Idem A. A.*

la pressione nella soprapposita cellulosa e nelle addossate fibre connesse determinasse. Ai quali motivi di contrazione si aggiunge l'ri naturale tendenza che ha il peritoneo protruso al restringimento; la qual forza di tonicità è manifestata nella tonaca vaginale del feto dopo la distesa del testicolo, ed è comprovata particolarmente da ciò che si osserva anzi spesso nell'ernie volgari terenti riposte con sustrizzi, e mantenute certamente per lungo tempo, nelle quali il collo del sacco non solamente si stringe spontaneamente, ma ancora si ribelle del tutto. Ed a questa tendenza del collo del sacco allo stringimento è pure referibile ciò che vediamo accadere frequentemente nell'ernia omentale, la quale di forma cilindrica sul principio, cambia a poco a poco in un tumore peristimale, largo io basso e stretto in cima a modo di peduncolo. Nè è rara circostanza quella di trovare nel sacco erniario una porzione d'intestino avente l'impronta dello stringimento prodotto dalle granulata ed insensibilmente accresciuta contrazione del collo del sacco stesso, benchè senza precedenza d'infiammazione od altri risvolti gravi. Conviene per appunto nell'ernie scrotali del lato sinistro fatta dall'intestino colon, il quale nel luogo corrispondente al collo del sacco erniario ha appena la capacità del dito medio, quantunque il soggetto nel quale esisteva quest'ernia non sia mai stato minacciato, per quanto ho potuto sapere, da sintomi d'infiammazione o d'incarceramento. In questo stesso soggetto, l'anello inguinale era flessibile e cedente, ed il collo del sacco erniario, al contrario, ristretto, rigido e circondato da una zona di tumenza densa e torrea. Oltre ciò, egli si è fatto notissimo di pratica chirurgia, che l'ernie mantenute riposte con diligenza e per molto tempo, se ignoratamente colto uno sforzo gagliardo ricomprimono, sono esse sempre meno voluminose di quanto erano prima della riposizione, ma più facilmente di prima sottoposte all'incarceramento; non perchè le co-

lonne tendinose dell'anello inguinale abbiano ripreso in simili casi la primitiva naturale loro consistenza ed elasticità, poichè ciò non si ottiene giammai dalle parti tendinose ed aponevrotiche state insensibilmente distese e stanzate, ma unicamente perchè, durante il tempo della completa e costante riposizione nel centro delle uccere protruse, il collo del sacco erniario ha avuto tutta l'opportunità di restringersi.

§. IX. POTT (1) e WILKES (2) opinarono che l'ernia inguinale congenita è sottoposta al essere stretta dal collo del sacco erniario più frequente mente che la volgare. WILKES disse che di cinque ernie congenite da esso lui operate, tre erano strozzate, non dall'anello inguinale, ma bensì dal collo del sacco erniario. SANDFORD (3) ha osservato la stessa maniera di stringimento nel cadavere di un giovinotto al quale era stata fatta l'operazione dell'ernia inguinale congenita con infante successo, a motivo che il chirurgo aveva trattenuto d'impedire coll'anillo inguinale ancor il collo del sacco erniario, ragione precipua, in questo caso, ed immediata dello strozzamento. Da tutto ciò che io ho potuto rimarcare nella mia pratica, e dall'esame di numerosi cadaveri d'uomini erniosi, non saprei tuttavia trarre un composto abbastanza dimostrativo per negare o per confermare l'opinione dei sopra citati autori riguardo alla maggior frequenza dello strozzamento prodotto dal collo del sacco nell'ernia congenita, che nella volgare. Inclino però a credere che l'erni non si allontanino molto dal vero, poichè mi sembra verisimile che nell'ernia congenita il collo della vaginale debba ritenere più di tonicità e di naturale tendenza a restringersi, di quel che fare possa la porzione del grande falcato del peritoneo, che inordinatamente si tende a forzare il sacco dell'ernia inguinale volgare. Ciò che può aversi, e che mi sembra da me buon numero di fatti io questo proposito è, che dei due modi di stringimento del collo del

(1) *Chirurg. Works, T. III, pag. 292.*

(2) *Prætical observ on hernie, pag. 3.*

(3) *Museum anat. acad; Lugdun., Vol. II, Tab. 91-92. — Fissura obliqui externi erat admodum ampla, imò digiti optimi ante tumorem admittebat; repelli tantum elapsae partes non poterant. Saccus erniae ad Pellicem circiter supra fissuram obliqui originem ex peritoneo trahebat, sicut in hoc loco rursus quædam inguina descendebat, qui contractus distensus prominens nate memoriam supra fissuram illam produxerat.*



sacco, uno, cioè, a guisa di tubo ristretto che si estende obliquamente dall'anello inguinale verso il fianco, l'altro a modo di ciungolo o strettajo nei margini dell'anello inguinale; il primo s'incontra più frequentemente nell'ernia congenita che nella volgare.

6. X. Lo stringimento del sacco erniario si fa non solamente nel suo collo, ma talvolta ancora nel suo corpo al di fuori dell'anello inguinale, ora alla metà, ora in vicinanza del fondo del sacco stesso; rara circostanza, per verità, ma che, quando s'incontra, può imbarazzare grandemente un chirurgo il quale non sia prevenuto intorno alla possibilità di questa complicazione. In occasione d'operare l'ernia inguinale incarcerata, mi sono incontrato in tre casi di questa sorte, due dei quali erano d'ernia congenita, ed uno d'ernia volgare. Una sola volta mi è occorso il vedere questa maniera di stringimento del corpo del sacco nel calare di un ernioso, dal quale appunto ho tratto la qui annessa figura (1). In questo soggetto il sacco erniario, verso la sua metà, vedevasi distinto in due sacchi, disposti in due piani, uno al di sopra dell'altro (2). Fra l'uno e l'altro eravi un margine duro e rilevato a guisa d'anello (3), apparentemente fatto da una doppiatura del sacco stesso, che formava un'apertura rotonda di comunicazione fra gli anziehelli due sacchi, il superiore dei quali (4) era più ampio e profondo dell'inferiore. Ambedue questi sacchi erano riempiti da aggruppamenti d'intestino tenue, di diversa lunghezza. Non fu malagevole nel calare il trarre innù e far rientrare nel ventre quella maggior porzione d'una intestino

che occupava il sacco superiore; ma tosto che cominciai a ritirare la porzione d'intestino ch'era discesa nel sacco inferiore, provai difficoltà a farla retrocedere per l'apertura di comunicazione fra i due sacchi. Riposta che fu nel ventre l'una e l'altra massa intestinale, o cacciato un dito giù per quello stringimento ain entro il sacco inferiore (5), trovai che il dito discendeva tanto in basso dello scroto da nascondersi dietro del testicolo. Presso gli scrittori di queste materie si trova fatta menzione d'un doppio e triplo stringimento del sacco erniario a differenti distanze nel tratto dell'ernia scrotale. Parlano di ciò distintamente ANAST (6), REILLY (7), HUGH (8), SANDERST (9), MURPHY (10), GAUJUS (11), ALLEY COOPER (\*). ANAST fu di parere che lo stringimento del corpo del sacco erniario non sia, propriamente parlando, che il ristramimento del collo del sacco medesimo, il quale punto di restrizione coll'aumentarsi dell'ernia discenda gradatamente più al di sotto dell'anello inguinale, e che lo stesso ordine di cose si ritrovi in que' casi nei quali si trovano più stringimenti in tutta la lunghezza del sacco erniario. Ma questa congettura non è appoggiata ad alcun fatto certo e dimostrato. Se fosse vero, come è stato asserito da alcuni chirurghi, che codesto stringimento del corpo del sacco non s'incontrasse che nell'ernie inguinali congenite, una plausibile spiegazione di questo fenomeno si potrebbe dedurre dalle osservazioni di CARRAN sulla forma naturale della tonaca vaginale nel feto, la quale, com'egli ha voluto, gonfiata d'aria, si alza irregolarmente, e presenta lun-

(1) *Tav. V. fig. IV.*

(2) *Idem c. f.*

(3) *Idem d. d.*

(4) *Idem e. e. g.*

(5) *Tav. V. fig. IV. f. h. &*

(6) *Distert. on hernia*, pag. 362. L'autore ci dà la figura d'un sacco erniario stretto in due luoghi alla distanza di sei pollici l'un dall'altro.

(7) *POTT, loc. cit.*, pag. 293.

(8) *LAZARUS, Précis de chirurg.*, T. II. pag. 124.

(9) *Mutina pathologiæ Lugdun.*, Tab. 91-92.

(10) *Beobachtungen - Erster Band.*

(11) *Journal de méd. de Paris*, T. XXXV. pag. 81. *Le péritoine formait cinq brides qui d'étoient en étoient étroitement l'intestin.*

(\*) *Oper. rit. Tav. I.*

gh'essa uno o più stringimenti naturali (1), i quali negli erniosi non essendo tali cancellati dalla distensione delle viscere discese, riterrebbero il primiero loro aspetto d'uno o più stringimenti. Comunque però ciò possa sembrare verisimile per riguardo all'ernia congenita, non basta ad illustrare la cagione di questo fenomeno nell'ernia inguinale volgare.

Sul conto della vaginale poi questo stringimento non si incontra soltanto allorchè essa tien luogo di sacco erniario, ma altresì in occasione d'idrocele. Mi è occorso di osservare questo fatto in un uomo, il quale portava da molti anni un grosso idrocele. Lo stringimento occupava pressochè il mezzo di tutta la lunghezza del tumore, il quale aveva conseguentemente la figura d'un orinolo a polvere. Aperta la vaginale superiormente, introdusi il dito dall'alto in basso fin alla sede dello stringimento, che aveva un margine duro e prominente internamente. Feci scorrere lungo il dito un bistorcino retto bottonato col quale tagliai quel cingolo, e così l'operazione fu compiuta.

§ XI. Gl'indizi, per mezzo dei quali possiamo, se non asserire con certezza, almeno sospettare giustamente che la cagione immediata dello strozzamento dell'ernia inguinale dipenda dal collo del sacco erniario piuttosto che dall'anello inguinale, sono i seguenti. Se l'ernia è dall'infanzia o dalla prima giovinezza, e fu scrotata al primo suo apparire, per così dire, o sia senza punto aritarsi nell'inguine poco al di qua dell'anello; se l'ernia è stata ritenuta per lungo tempo mediante un ben adattato brachiere; poi essendo stata abbandonata a se stessa, e ricomparsa tutto ad un tratto sotto un gagliardo sforzo fatto dal malato; se nella sommità dell'ernia incarcerata non si sentono coll'apice del dito i margini dell'anello rigidi, tesi e serrati addosso alle viscere; se l'ernia sotto i tentativi fatti dal chirurgo per la riposizione è ritirata in parte, in parte è rimasta fuori, e si vede e si sente al tatto sopra dell'anello inguinale una non naturale tumidezza che non vi era prima, ed il malato accusa la stessa ignorata sensibilità, sia che ad esso si prima la tumidezza che è al di sopra

o quella che è al di sotto dell'anello inguinale; se posto in piedi il malato e fattolo tossire, ricompare la tumidezza superiore, e l'ernia riprende il posto ed il volume che aveva prima dei tentativi fatti per la riposizione, avvi tutto a credere che la ragione immediata dello strozzamento non sia riferibile all'anello inguinale, ma bensì al collo del sacco erniario. Quindi procederà il chirurgo in simili circostanze assai cautamente nell'impiegare i mezzi di riposizione, ovvero desisterà ommunemente da questa pratica, e passerà al più presto all'operazione. Imperciocchè, se l'ernia strozzata dal collo del sacco è pericolosa e recente, poichè nel caso di cui si parla l'anello inguinale non oppone alcuna considerabile resistenza al ricentramento delle viscere, e le maglie della cellulosa che uniscono il sacco erniario alle vicine parti permettono al sacchetto erniario d'essere poco respinto ed aggomitolato fra i margini dell'anello, e di là dall'anello stesso, può accadere di leggieri che sotto i repulsi tentativi per la riposizione sparisca effettivamente dall'inguine la pirrola ernia, ed il chirurgo creda d'averla completamente riposta, mentre poco dopo egli è avvertito del contrario, di ciò che i sintomi di strozzamento, lungi dal cessare, inferiscono più furor di prima, tutto la violenza dei quali, se il chirurgo persiste nell'inganno, il malato se ne muore. Ho veduto non ha guari accadere ciò in un fanciullo di tredici anni, nel quale sussistevano i sintomi tutti dell'ernia incarcerata, nonorchè questa fosse stata riposta completamente, per quanto si poteva giudicare colla vista e col tatto. E per verità nel cadavere di questo fanciullo non eravi esternamente la più piccola apparenza di tumore nella regione dell'inguine. Ma, aperto il ventre, si risconobbe tutto che l'intestino aurora strozzato dal collo del sacco erniario era stato respinto unitamente al sacco stesso di là dall'anello, ove vedevasi aggomitolato fra le pareti sponderaliiche dell'addome e del grande sacco del peritoneo.

§ XII. In simili casi che, giova ripetere, sono assai frequenti in pratica, se nell'atto dell'operazione un chirurgo disattento e fretoloso non rivolgerà le sue mire che sopra la

(1) *Icones hermarum, Tab. X. fig. II, III, IV.*

nello inguinale, quel taglio immediato e tale dello strozzamento, ed insinuerà prontamente la sonda innalzata fra il collo del sacco erniario e l'apello, fatta che avrà l'intrusione di questo, si sentirà non meno imbarazzato che prima dell'incisione, e compreso per la grande difficoltà che incontrerà tuttavia nell'atto di voler estrarre le viscere nel ventre. E se l'anza d'istrusione sarà piccola, egli potrà risolversi di commettere un errore peggiore del primo, quello, cioè, di respingerla e di nascondere di là dall'anello, nella falsa percezione d'averla liberata dallo strozzamento, quando non l'averà che aggomitolata e rariata in un angusto cerchio fra l'anello inguinale ed il grande arco del peritoneo nella direzione dal pube al fianco. Per la qual cosa in ogni qualunque caso d'ernia incarcerata, ma più particolarmente in quelli nei quali avvi motivo di credere che lo strozzamento dipenda dal collo del sacco erniario, il chirurgo si proporrà, come regola e norma invariabile, di sollecitare con una mano il fondo del sacco in vicinanza dell'anello, mentre coll'altra farà passare la guida innalzata, mettendovi la più accorata attenzione, perchè questa colla quale egli si propone di fendere tutto ciò che fa ostacolo alla riposizione, stacca non senza forza le viscere fuori anche ed il collo del sacco erniario. E se, malgrado questa diligenza, dopo eseguito il taglio, l'operatore non sarà pervenuto ad indurir per tutta la sua lunghezza il collo del sacco, poserà, come si è detto perpendicolarmente, questo stretto tubo membranoso tal ch'ella si prolunga a mezzo pollice, ed un pollice di là dall'anello inguinale; egli si accorgerà della insufficienza dell'incisione mediante l'introduzione dell'apice del suo dito, col quale sentirà distintamente nella sommità del collo del sacco uno strozzamento, e si accorgerà che in le viscere saranno accostate da una parte di peritoneo membranoso che gli impedisce d'indurre il dito nel cavo del ventre, e di rivolgerlo in ogni senso liberamente. Allora egli l'umido di ciò che riguarda il compimento dell'operazione, farà uscire fuori di nuovo dolcemente le viscere, e tirandole blandamente a sé, le vedrà uscire insieme col collo del sacco erniario accorciato sopra di cui come un dito di gnanto, e distinguerà con chiarezza il luogo preciso ove il collo del sacco continuava a far le

viscere di stretto. Quindi farà scendere di nuovo, fra il margine arroccato e rotondato del collo del sacco e la viscera strozzata, una sottile sonda scanalata, dietro della quale col bisturio puntato intruderà quel residuo di collo del sacco che si oppone alla libera e completa riposizione delle parti fuori uscite. Questa stessa pratica riesce egualmente utile e di facile esecuzione allorché per inavvertenza, come si è detto poc'anzi, non è stato finito che l'anello inguinale, rimanendo intatto il collo del sacco, ragione precipua ed immediata dell'incarceramento. E se mi è permesso di giudicare dritto la mia propria esperienza, queste pratica mi è sembrata per la facilità e sicurezza dell'operazione d'aver preferire a quella di portare un taglio lungo la sonda o il dito, tanto in alto nel ventre senza l'aiuto della rita, quanto è la lunghezza dell'angusto tubo membranoso fatto dal collo del sacco erniario. Non intendo però di disapprovare del tutto queste pratica, ma soltanto di dire che potrebbe essere riservata per quei casi nei quali la lunghezza e profondità del collo del sacco è tale che, dopo l'incisione dell'anello inguinale, non riesce al chirurgo di tenere in fuori blandamente le viscere impropriamente respinte col collo del sacco erniario, e di averle ricinto in modo d'aver col l'occhio il luogo preciso dello strozzamento.

§ XIII. Per ciò che riguarda gli stringimenti prodotti dal corpo del sacco erniario, situati a differenti distanze fra di loro dal di sotto dell'anello inguinale verso il fondo dell'ernia, questi cingoli di costringimento possono insorgere prima della operazione; poichè l'irregolarità che si circonda nella forma superiore del tumore, fa permettere per lo più che sia riferibile alla irregolare forma delle parti contenute nell'ernia, dell'omero irregolarmente. Per buona sorte queste maniera di stringimento del corpo del sacco si presenta distintamente dopo aperta la guaina del cremaster, e quell'atto stesso che si procede a mettere le viscere allo scoperto. E si riconosce perciò perfettamente bene, potendo il dito per tutto del sacco erniario aperto sopra e sotto dello stringimento, e vedendolo all'esterno di contro a quelle estremità altrettanti solchi o infossamenti nel corpo dell'ernia, i quali non lasciano più alcun dubbio sull'indole ed essenza della compri-

razione. Questi strettini s'usciano facilmente e con tutta sicurezza, facendo scorrere fra le viscere ed il sacco erniario, lungo l'epiplo del dito o di una sonda scemata, un bistecino a bottone, tirandolo dall'alto in basso o di basso in alto, secondo che viene più comodo all'operatore, e secondo che il sacco erniario è stato da prima aperto sopra o sotto del ciungolo o strettojo.

§. XIV. Fra le cagioni produttrici lo strozzamento delle viscere nell'ernia, si annoverano a giusto titolo quegli scrittori di chirurgia l'attribuimento delle badella e quello fatto dall'ormento d'intorno l'intestino a modo di strettojo. Intorno alla prima delle due anzidette maniere di strozzamento, ho già fatto menzione nella precedente Memoria (\*), che più e più volte svolgendo ne' cadaveri degli eroiosi l'ansa intestinale fuori uscita, mi sono ingannato nominando porzione superiore del canale alimentare, o sia corrispondente allo stomaco, quella che era l'inferiore, e viceversa. Dietro ulteriori ricerche su questo proposito, mi sono assicurato che assai più il peso di quanto comunemente si crede, il canale intestinale si trova nell'ernia ritorto a modo della elica b; e che si faccia, come ho detto altrove, nell'atto della discesa dell'intestino, verterò che l'intestino stesso prenda a poco a poco quella posizione dopo che l'ernia è divenuta voluminosa. Comunque sia la cosa, egli è indubitato, che quantunque le materie che ricorrono per entro del canale intestinale tenne, siano d'ordinario assai fluide, non è perciò che negli eroiosi, nei quali esiste un tale attortigliamento, non possa accadere talvolta che per un insolito abbondante sviluppo di flatulenza, per un soverchio afflusso nell'ernia di materie fecali, per inceppamento di vermi, per frammenti di sostanze non digerite, rimanga ristretto e talvolta anche impedito il corso naturale degli alimenti al di là di quell'incrociocciamento del canale intestinale. Imperciocchè, la porzione superiore

dell'ansa corrispondente allo stomaco, e trovandosi dietro della inferiore che interocchia, solleva questa e la comprime; ed ella insorgono sintomi di strozzamento non riferibili propriamente al collo del sacco o all'anello inguinale, ma che, qualora persistano, rendono necessaria l'operazione dell'erniotomia.

§. XV. Tutti congegni simili a queste derivano non di rado dall'ormento che in certi nodi si attortiglia d'intorno l'intestino. Questi nodi possono essere parecchi e diversi. Io non mi propongo presentemente di mettere sott'occhio de' miei lettori, che quelli i quali mi è occorso di osservare in pratica e di esaminare nei cadaveri degli erniosi, giugnendo lo essere questi i principali, ed ai quali facilmente si possono riferire tutte le varietà che saranno incontrate in questo genere di caso. E primieramente, il peduncolo dell'ormento nell'ernia, o sia la porzione più gelida di questo essere, dopo trapassato l'anello inguinale (1), si converte talvolta in una funicella, la quale si attace fortemente da un lato al collo del sacco erniario (2), indi passa di traverso sopra l'intestino (3), lo circonda per tutto tratto, e va ad unirsi strettamente nel lato opposto alla parete posteriore del sacco dell'ernia (4). Quel tratto d'ormento che cinge l'intestino, assume una consistenza maggiore del naturale, ed offre una tenuità in apparenza fibrosa; e quantunque non circonda completamente l'ansa intestinale, pure, a colliro della stretta sua aderenza ai due lati del sacco erniario (5), e del suo abbracciamento sull'intestino, nel quale talvolta contrae una aderenza, diventa causa immediata di strozzamento, ogni qualvolta per accioglimento di aria o di materie fecali cresca oltre misura il diametro dell'intestino, ovvero se ne accresca il volume per discesa d'una maggior porzione dell'intestino stesso. Azzardo (6) a questo proposito riportar la storia d'uno malato, che giova tanto più di qui ricordare, quanto che l'or-

(\*) §. XXXI

(1) *Tab. V. fig. I.*

(2) *Idem b.*

(3) *Idem d.*

(4) *Idem f. e.*

(5) *Idem b. f. e.*

(6) *Mémoires de chirurgie, T. II, pag. 577.*

servazione di questo autore ha grandi rapporti colla figura sopra descritta. « Tutto, irrisse egli, che fu aperto il sacco erniario, comparve l'omento in istato sano ed in modo che si credette non si fosse essorista alcun'ansa d'intestino. Sollevar l'omento, ed allora, poco sotto dell'anello inguinale, si presentò una piccola ansa d'intestino ilcon, grossa come una castagna, rossa ed infiammata. L'anello inguinale si trovava tanto dilatato quanto lo sarebbe stato dopo il taglio di esso, in occasione d'ernia incarcerata, e però l'intestino non era pronto all'apote a rientrare. Giacché non degli adanti portò il dito verso la sommità dell'ernia, ed ngann riconobbe esserci un rimgolo che strotava l'intestino poco al di sotto dell'anello inguinale. Fu deciso di tirare in fuori una maggior porzione d'omento; lo che fu eseguito con facilità, perchè l'omento non era punto aderente cotro il ventre. Si alzò allora assai dilatatamente che l'omento si piegò nel lall del sacco erniario e verso la parete posteriore riconchiava pel tratto di mezzo pollice e strotava l'intestino, e che inoltre l'omento aveva contratto aderenza con l'intestino che tormentava. Fortuna per il malato, aggiungo l'autore, che quest'aderenza non si estendeva per tutta la circonferenza dell'intestino, e che perciò si è potuto innuare una scolla scassata fra l'intestino e la briglia fatta dall'omento, che fu reissa con un colpo di forbice; dopo di che l'intestino si ritirò quasi spontaneamente nel ventre ». Da tutto questo racconto apparisce la grande analogia fra l'esposta osservazione e la qui annessa figura rappresentante codesta complicazione. Soltanto nel casuare dell'ernia non ha me esaminato, oltre che la fontella dell'omento circondava l'ansa intestinale per maggior tratto della sua circonferenza, che nell'osservazione sopra riferita, non era libero neppure l'omento fra i margini dell'anello, anzi era esso ivi fortemente aderente al lato interno del collo del sacco erniario; inoltre, l'omento non era propriamente aderente, ma soltanto addossato strettamente all'intestino. Però, quand'anco lo fosse stato, il mezzo più spedito e sicuro di liberare l'intestino dall'ipercarceramento sarebbe stato lo stesso che quello impiegato da An-

stom, cioè l'incisione trasversale della funicella fatta dall'omento nel luogo ove la scolla scassata avesse potuto trovare un libero passaggio fra l'intestino e la briglia omentale; la qual norma è applicabile a tutte le complicazioni di questa sorta, comunque si vogliono variare.

§. XVI. L'altra maniera di stringimento prodotto dall'omento, si è quella in cui l'epiploon isquarciato dall'intestino si ritira e si dispone d'intorno l'intestino stesso, e lo circonda addossandovisi a modo d'anello. L'omento è comunemente sovrapposto all'intestino nell'ernia. Inoltre, come ho detto io più luoghi, l'omento ha una singolare propensione a contrarre aderenza coi lati e col fondo del sacco erniario, talvolta in modo da inchiusure il sottoposto intestino come entro una borsa. In questa disposizione di parti, e sopra tutto essendo l'ernia piccola, se sotto uno sforzo gagliardo l'intestino è spinto violentemente contro quella borsa pinguedinosa, succede che questa ne rimane squarciata, e che in luogo dell'omento egli è l'intestino che si si presenta per il primo nell'ernia. Questo accidente non è infrequente sotto i dolori di parto nelle donne affette da entero-epiplocele ombelicale. Serice Baenhouck (1): « Io ho sono stato testimone delle funeste conseguenze d'un simile accidente. Un'ansa d'intestino sotto gli sforzi di parto attraverso l'omento contenuto in un'ernia ombelicale grossa come un uovo di gallina, e vi rimase altrazata. La donna provava già i tristi sintomi dell'ernia incarcerata quando lo fui chiamato per assisterla; in che mi determinò ad eseguire l'estrazione del feto; una poco dopo di ciò non fu possibile di riporre l'intestino, poichè, quanto all'omento, si sapeva che non era riducibile, nè fu giudicato opportuno il tentare il taglio ». Tornando all'ernia inguinale, ho trovato non simile disposizione di parti nel cadavere di un uomo di mezza età aveva un entero-epiplocele inguinale del lato sinistro (2), e convien dire che non sempre lo squarcio dell'omento si faccia repentinamente, ovvero, se si fa, non sempre a questo accidente succede immediatamente lo strotamento dell'intestino; poichè nulla di tutto ciò

(1) *L'Art. des accouchement*, T. I, pag. 509

(2) *Tes. P. fig. 11.*

ere accaduto nel soggetto di cui si parla, qualunque in esso la spessezza e durezza del margini della spaccatura dell'omento mostrassero chiaramente che quella fenditura era di vecchia data. Io sono d'opinione che talvolta l'intestino spinto con forza all'aserno l'omento non rimanga perciò inascerato immovellato, perchè subito dopo lacerato l'omento, il di più d'intestino violentemente protruso si ritira nel ventre. Al contrario, in progresso di tempo la fenditura dell'omento addossandosi gradatamente più d'intorno l'intestino, ed ingrossando i suoi margini, diviene cagione immediata di strozzamento, ogni qual volta la consueta porzione d'intestino protrusa acquista un maggior volume del solito per rivelluppo d'aria o per accumulazione di materia fecali. Nel s'adverve, dal quale è stata delineata la qui unita figura, aperto il sacco erniario, ho trovata l'ansa intestinale (1) a nudo, circondata da due fasce d'omento (2), libere dalla parte dell'anello inguinale, ed incrociate strettamente ai lati ed al fondo del sacco erniario (3). L'omento del suo passaggio per l'anello e per il collo del sacco erniario formava una funicella; poi dava a vedere una spaccatura (4), all'aserno della quale era passata l'ansa dall'intestino ileo. I margini di quella spaccatura erano grossi e duri, specialmente nella sommità corrispondente all'anello inguinale (5). Le due porzioni laterali dell'omento, che a guisa di ciugolo circondavano tutta l'ansa intestinale, erano così strettamente attaccate alle pareti ed al fondo del sacco erniario, che di là non si sarebbero potuti separare che col taglio. L'ansa intestinale non era propriamente strozzata, ma in stato prossimo a diventarlo, qualora avesse avuto luogo alcuna delle cagioni sopra accennate. Di simile complicazione io attuale stato d'inasceramento un caso assai memorabile leggesi presso ANNAU, ed un altro ci è stato descritto da CAPLIZZ. « Un uomo di trent'anni, scrisse ANNAU, (6), forte e robusto, por-

tava da molto tempo un'ernia inguinale, che in fine gli si strozzò. Il chirurgo BIER ripose l'ernia, secondo tutte le apparenze, ma i sintomi dallo strozzamento continuavano come prima. Si fece ricomprire il tumore al di fuori nell'inguine, senza che perciò si rallentasse punto la forza dell'inasceramento. Si passò adunque all'operazione, ed aperto il sacco erniario si trovò sol'una d'intestino ileo sovrapposta all'omento. Codesta insolita sovrapposizione dell'intestino all'omento fu un oggetto di sorpresa per tutti gli assistenti. L'operatore sollevò l'ansa d'intestino, e vide che questa era passata attraverso d'una fenditura dell'omento, la quale fenditura formava un ciugolo di sostanza compatta ed infusiformata che stringeva strettamente il budello. Il chirurgo staccò colle dita quella fenditura d'omento, e rimise nel posto l'intestino, ancorchè questo fosse assai livido, posta legò e recise la porzione d'omento che si trovava nel sacco erniario. Malgrado il cattivo stato in cui si voleva l'intestino, il malato guarì ». L'ernia non è stata egualmente felice del caso osservato da CAPLIZZ (7), qualunque il modo di complicazione fosse presso a poco lo stesso che nel precedente. « Una donna si trovava incomodata da ventiquattro anni da ernia femorale, della grossezza d'una anco, senza però che essa si fosse data giammai il pensiero di riparla. Dopo una lunga cura, sotto un gagliardo sforzo l'ernia le s'innalzò, e trovata inutile i consueti sussidi dell'arte, fu essa sottoposta all'operazione. Entro il sacco erniario furono trovate due distinte porzioni d'omento, le quali nella parete posteriore del sacco erniario si rindivano in una sola massa di colore biancastro e di consistenza quasi cartilaginosa. Fra la biforcazione dell'omento era fatta strada un'ansa d'intestino che era insufficiente, e l'omento aveva costituita aderenza in molti luoghi col sacco erniario. Mediante il distacco di LUNARIC fu allentato il ligamento falloppiano, ma non perciò si è po-

(1) Tav. V, fig. II. d.

(2) Idem i. i. f. f. g. g.

(3) Idem f. f. g. g. h.

(4) Idem i. i. f. f. g. g. h.

(5) Tav. V, fig. II. o. i. i.

(6) Mémoires de chirurgie, T. II, pag. 588.

(7) Acta Anatomica, T. I, pag. 164.

trano far rientrare l'intestino. Fu quindi inciso il ligamento stesso sino a poter introdurre liberamente il dito nel contorc; ma neppure dopo di ciò si venne a capo di ottenere la riposizione. Si riconobbe allora che l'ostacolo dipendeva dai margini della fenditura dell'omento, i quali erano le sole parti che stazionavano l'intestino. Fu perciò inciso l'angolo superiore della fenditura dell'omento, e l'incisione fu prolungata di là dal ligamento fallopiiano sino nel ventre; dopo di che l'intestino fu respinto, ed i sintomi di strozzamento divennero più miti. Nel giorno appresso cedettero sintomi furono più forti di prima. Dichiarando da ciò che la ragione immediata dello strozzamento non era stata tolta del tutto, l'operatore levò l'apparecchio, e portò il suo dito nel ventre; ma la distensione dell'intestino gl'impedì di riconoscere precisamente il luogo della strattura, e non molto dopo di ciò la malata cessò di vivere. Aperto il di lei cadavere, è stato osservato che l'omento adunatosi nel lato sinistro del ventre era portato verso il ligamento fallopiiano di quel lato medesimo, e che quella porzione di esso discesa nell'ernia, qualunque fosse stata innanzi alla entrata del ventre, pare continuava a stringere l'intestino. Finisce l'amore col dire: *Quodam assai di vedere che s'io avessi prolungata l'incisione dell'angolo superiore della fenditura dell'omento d'una sola linea di più, l'intestino sarebbe stato liberato completamente dallo strozzamento*. Esaminate tutte le circostanze di questo caso, e confrontate con quelle da me rappresentate nella qui annessa figura, parmi che ogni qual volta si presenta una simile complicazione di cose, il più spedito e sicuro partito da prendersi sia quello di recidere trasversalmente le due briglie laterali (1) dell'omento che comprendono la fenditura per cui è passata l'ansa d'intestino. Imperciocchè, qualunque sia per essere l'addossamento dell'omento sull'intestino di là dall'ombelico o dal ligamento fallopiiano, recise trasversalmente quelle briglie in vicinanza della loro adesione al sacco erniario, non po-

tranno queste in altra modo fare più le veci di strettolojo, ancorchè la porzione recisa dell'omento, nettamente all'ansa intestinale, si zittiri di là dall'anello o dal ligamento addetto, fuori della portata del dito dell'operatore.

§. XVII. Un'altra maniera di strozzamento dell'intestino, occasionata dall'omento, si è quella (2), in cui l'epiploon aderente al collo, ai lati, ed al fondo del sacco erniario si rannodava in una briglia longitudinale (3), la quale scorre sul mezzo dell'ernia dall'alto in basso, al di sopra strettamente sull'ansa intestinale, e la divide in due (4), l'una a destra, l'altra a sinistra della briglia omentale. In questo modo di complicazione, la riposizione dell'intestino è cosa assai difficile da ottenersi, a motivo che le dita del chirurgo non possono premere sull'intestino che da un lato o dall'altro della briglia longitudinale fatta dall'omento, e che, quando una porzione dell'ansa è compressa, l'altra si gonfia più di prima, senza che la totalità dell'intestino caduto nell'ernia retroceda punto verso il cavo del ventre. Che se poi in un caso simile a questo per sviluppo d'aria, per accumulamento di materie fecali, ovvero per discesa d'una ansa d'intestino maggiore di quella che vi sta impunemente, le due porzioni dell'ansa medesima vengono ad essere ottimamente dilatate e distese, la briglia longitudinale dell'omento (5) non egualmente cedente che l'intestino, l'infossa apparentemente, e scema effettivamente di forte l'intestino di contro l'attacco del mesenterio e la parete posteriore del sacco erniario, che in fine vi produce lo strozzamento. In questo modo d'ernia inguinale incarcerata, poste allo scoperto le viscere, ciò che debba fare il chirurgo per togliere con sicurezza e sicurezza la ragione immediata dello strozzamento, è suggerito potentemente dall'indole dell'ostacolo e da ciò che è stato detto precedentemente, cioè, farà scorrere diligentemente una sonda scassata trasversalmente fra l'intestino e la briglia longitudinale fatta dall'omento, dietro la qual sonda reciderà tra-

(1) *Tab. V. fig. II. f. f. g. g.*

(2) *Idem fig. III.*

(3) *Idem f. e. e.*

(4) *Ibidem f.*

(5) *Idem*

versalmente la briglia omentale antideita quanto più da vicino potrà al suo attacco col fondo a coi lati del sacco erniario (1). Poscia procederà alla riposizione dell'intestino; e se in ciò fare incontrerà ostacolo per parte del collo del sacco erniario o dell'anello inguinale, inciderà inoltre questo parti nel modo consueto.

§. XVIII. Una strana maniera d'incarceramento d'intestino nell'ernia inguinale, prodotta dall'ombrin, mi è accaduto d'osservare, quale è la seguente. Giuseppe Mentraila calzolaio, d'anni sessi, portava sino dall'età di cinque anni un'ernia nell'inguine destro che più volte gli si era incarcerata e più volte gli era stata riposta, ma che, anche dopo riposta, gli aveva sempre occasionato incomodi di stomaco, specialmente se vi metteva al lavoro a stomaco pieno. Il dì 21 settembre del 1806 dopo aver mangiato dei legumi e dell'iva in abbondanza, mentre alzava un grave peso, l'ernia gli si incarcerò con istraimento sì violento nella regione dello stomaco, che l'obbligo a starsene inervato all'incassai. Sopravvenne il vomito, il singhiozzo, alla comparsa dei quali accidenti ero in trasporto in questo spedale. Trovati inutili i comuni ajuti dell'arte, onde ottenere la riposizione, il signor Volez primo chirurgo dello spedale passò all'operazione. Aperto il sacco erniario, trovò una porzione d'intestino lunga quattro pollici, che, per esser ucrata, recise insieme l'anello inguinale. Spaccato indi l'aurillo unitamente al collo del sacco erniario ripose facilmente l'intestino, e così completamente, da poter indi sanar liberamente il suo dito nel cavo del ventre. Ventiquattro ore dopo l'operazione, il malato ebbe un'abbondante scarica di fecce poltacee, e nei tre giorni consecutivi le cose procedettero lodevolmente. Nel quarto giorno le vomitorie di sentire si fecero arrese o perire, e l'addome divenne tumido e dolente

al tatto. Al rimovere dell'apparecchio fu trovata fuori del ventre una porzione dell'ansa intestinale, che pare era stata riposta con tanta facilità, la quale ansa respinta dolosamente si ritirò nel ventre coll'egual facilità di prima. Non pertanto i dolori di sentire, la viziosità dello stomaco, il vomito, il singhiozzo si accrebbero grandemente, sotto la violenza dei quali accidenti il malato perdeva la vita. Nel cadavere di esso, aperto il ventre (2), comparvero gl'intestini tenui enormemente dilatati ed infiammati. Il colon trasversale poi ed il ventricolo erano stati tirati in basso enormemente. Singolare cosa poi era quella di vedere l'omento nel cavo del ventre diviso in due porzioni, delle quali l'anteriore maggiore (3), di figura triangolare, discendeva col suo vertice nell'inguine destro, e di là si prolungava nell'ernia, mentre altra porzione minore d'omento (4) si approfondava dietro una piegatura del mesenterio, che sosteneva parecchie volute dell'intestino ileon. La porzione anteriore maggior dell'omento, al suo ingresso nell'ernia, spiccata da se una fettuccia (5) della larghezza di quattro linee, e della spessura di due, in apparenza fibrosa, la quale fettuccia si rinvava dietro le riconvoluzioni dell'intestino ileon, e di là ascendeva ad unirsi alla posteriore minore porzione d'omento navata dietro una piegatura del mesenterio. Il laccio che risultava da quest'unione delle due porzioni d'omento, comprendeva un tratto assai considerabile d'intestino ileon (6), ed inoltre nella sommità dell'ernia stringeva l'intestino (7) contro l'attacco del mesenterio. Sotto di questo laccio pende l'ansa d'intestino (8) che aveva formato l'ernia, la quale ansa benche fosse stata per due volte facilmente riposta, si trovava tuttavia nel cadavere fuori del ventre nell'inguine. Quest'ansa medesima mostrava inoltre i ventrigli (9) d'essere stata ritrattata anco dal collo del

(1) *Tav. F. fig. III. e. e.*

(2) *Tav. VII.*

(3) *Idem d.*

(4) *Idem e.*

(5) *Idem d. e. e.*

(6) *Idem n. o. p. q.*

(7) *Idem a. d.*

(8) *Idem g. g. h. h.*

(9) *Idem i. i.*



sacro erniario. Manifesto poi era il luogo ove, nell'atto dell'operazione, quella parte d'omento che si lavorava nell'ernia, era stata recisa (1) assente l'anello inguinale, e della quale ne rimaneva ancora nel cavo del ventre un piccolo lembo (2). Aperto l'intestino ilcoi subito sopra del laccio fatto dalle due porzioni d'omento (3), si trovò ivi arrestata con molte materie fecali una buona dose di mercurio vivo, che erasi fatta ingojare all'infermo onde promuoverne in esso il corso naturale delle fecce.

§. XIX. Non è facil cosa il determinare se quella fenditura del corpo dell'omento nel cavo del ventre sia etata no vicio congenita, ovvero il prodotto d'una lesione occasionata da sforzo gagliardo dell'intestini contro l'omento. Ciò che ha potuto raccogliere dai parenti del defunto si è, che quest'uomo, quando era fanciullo di cinque anni, fu preso da una donna sotto l'ascella, e che se l'era arrovesciato sgarbatamente sulle spalle, facendogli descrivere un arco contavo nel dorso e convulso nel ventre, nel quale istante il fanciullo accusò un gran dolore in tutto il ventre, e gli si formò appunto allora l'ernia nell'inguine destro ora descritta, son sintomi d'occlusione che furono tolti coll'applicazione dei topici molli. Questa circostanza rende probabile che in questo soggetto la fenditura dall'omento entro il ventre sia ascrivibile in tutto o in gran parte alla sofferta violenza. Ciò, sopra di che non può cadere dubbio, per riguardo alla ragione immediata dell'ultimo strozzamento, si è, che non fu il collo del sacco erniario, ma bensì quel laccio fatto dalla porzione anteriore e posteriore dell'omento, che occasionò la perdita di quest'uomo; poiché, nell'atto dell'operazione, il collo del sacco erniario, unitamente all'anello inguinale, era stato inciso completamente, e l'intestino era stato riposto con facilità nel cavo del ventre, ed in modo che l'operatore vi ha potuto introdurre il dito, e muoverlo speditamente in tutti i versi. Qualunque sordato caso sembrar possa dei più formidabili, non è tale però che debba riguardarsi come

al di là della portata della mano del chirurgo. Imperciocchè una circostanza degna della più attenta riflessione nel caso di cui parlasti, si è quella, che il laccio fatto dell'omento dorsale la sede dell'ernia nell'inguine, non sia prima della riposizione dell'intestino, non era propriamente nel cavo del ventre, ma di qua dal margine dell'anello inguinale; la qual cosa è provata manifestamente da ciò che la recisione dell'omento, stata fatta nell'ernia essente l'anello inguinale (4), poco meno che non comprendesse il laccio fatto delle due porzioni d'omento. E questa stessa cosa era manifesta pure nel cadavere prima di notomizzarlo, nel quale introdotto il dito lungo l'ansa intestinale scesa nel l'inguine, sentivasi distintamente poco al di là dal margine dell'anello il laccio fatto all'intestino dall'omento, fra il quale e l'intestino non sarebbe stato difficile il far passare una collare sonda scanalata, e dietro questa un bisturio bottonato. E forse convenire però che questa maniera di strozzamento fatto dall'omento è delle più illusorie. Poichè nella altra maniera sopra descritte, inciso che sia il collo del sacco erniario e l'anello inguinale, se l'intestino non rientra, la cagione di ciò è manifesta nell'aderenza dell'omento al sacco erniario, e nel modo col quale l'epiploon circonda e cerca l'intestino; ma nel caso ora riferito, dopo il taglio dell'anello e del collo del sacco, l'intestino rientrò facilmente e senza dare il minimo indizio di nascosta complicazione interna, nè fu che l'insistenza dei sintomi che fece sospettare d'interne strozzamento. In ogni modo, a me pare che questo stesso fatto richiami maggiormente il chirurgo all'osservanza del precetto generale; cioè, che ogni qual volta, dopo riposto l'intestino con facilità, non perciò cessano i sintomi d'incarceramento, anzi si eccrescono, di mettere in piedi il malato, di farlo tossire, di premere il ventre, d'impiegare in somma ogni mezzo perchè l'intestino si comprimesse nell'inguine; poscia, tirin fuori dolcemente, ed esplorata lung'hesso la sede dell'strozzamento, che non sarà lontano dal margine dell'anello

(1) *Tab. VII, d. 1. e.*

(2) *Idem f.*

(3) *Idem d. o.*

(4) *Idem f. e e. d.*

inguinale, reciderlo completamente dietro la guida del dito o della sonda, se di rhe vedansi le interessanti ed utili osservazioni di LARSENOR (1) e di RANOUX (2).

§. XX. Per ciò che spetta all'interni stringimenti producenti il *volvulus* senz'ernia (3); questi non entrano nel piano che mi sono proposto di seguire in questa Memoria. D'altronde, eodenti gravissimi e mortali acclenti non presentano segni certi e positivi di luogo e di modo di stringimento, quod'anco si volesse supporre che trarre si potesse qualche vantaggio dall'effluire chirurgia. Dirò in ogni modo ciò mi è accaduto di osservare intorno ad una maniera di quasi'interni strozzamenti del canale intestinale fatta dall'*appendice vermiforme*. Un postiglione in età d'anni ventiquattro, dopo aver sofferto per intervalli, nel corso di otto anni, parecchie coliche intestinali pericolose, le quali erano state attribuite ad un colpo di giacchio che aveva ricevuto sul ventre, cessò di vivere sotto un accessum di dolori intestinali, accompagnato da tutti i sintomi di ernia incrociata. Nel cadavere di quest'uomo ho trovato che l'*appendice vermiforme* cingeva a guisa d'anello, estremità una lunghezza d'intestino ileon, prossima ad inserirsi nel colon. La lunghezza naturale e consueta dell'*appendice vermiforme* per se sola non avrebbe stata bastante a compietare il laccio, ma vi si aggiungeva una striscia di sostanza simile a quella del mesenterio, che partiva dalla punta dell'*appendice vermiforme*, ed andava ad inserirsi posteriormente nel cieco intestino. A prima vista si sarebbe detto che l'ileon intestino aveva perforato il piccolo mesenterio che unisce l'*appendice vermiforme* al cieco. L'interna superficie di quel ciungolo era dura e callosa. L'*appendice vermiforme* poi non era pervia che per pochi linee in vicinanza della sua apertura nel cieco. L'ansa dell'intestino ileon che passava attraverso di quel ciungolo non era minore in lunghezza di due palmi, infiammata

inoltre, ed in alcuni punti gangrenata. A me sembra assai probabile che all'epoca dei precedenti attacchi di colica non fosse passato per quello stretto che una piccola ansa d'intestino, la quale poi spontaneamente o mediante l'azione dei bagni, fomenti, clisteri, coppette sul lungo dolente, si sia ritirata abbastanza da quel laccio per lasciare libero il corso alle feci; ma che nell'ultimo periodo, preceduto forse da qualche gagliardo sforzo o da disordine nella dieta, essendo trascorsa per quel ciungolo una maggior ansa d'intestino, lo strozzamento sia diventato di necessità permanente ed indil mortale. La preparazione patologica della parte ora descritta si conserva in questo gabinetto. La grande somiglianza poi di questo caso con quello stato osservato da LARSEN (4) rende indubitato che queste sciagure tanto tratto si rinnovano col medesimo ordine, ed in conseguenza di cause determinate, le quali sgraziatamente non sono ancora a nostra cognizione.

§. XXI. Prima che i chirurghi avessero delle idee chiare ed esatte sull'ernia totale congenita, poichè vedevano casi misti spesso le visceri a nudo ed immediato contatto col testicolo, opinavano che fosse assai frequente il caso di strozzamento della viscere occasionato e preceduto da rottura del sacco erniario, e dal passaggio delle viscere entro la tunica vaginale del testicolo. Presentemente, nè una grandimolti vi riguardano questa complicazione come cosa rarissima. Io non ne ho incontrato un solo esempio nella mia pratica, e neppure nei molti cadaveri d'erniosi da me esaminati. Da rottura di sacco erniario nell'ernia scrotale volgare, due soli esempi bene avvertiti sono a mia notizia, uno dei quali pubblicato già da luogo tempo da PEREZ (5), l'altro recentemente da RAMON (6). È fatto menzione nel primo d'un uomo, il quale ricevette un calcio di cavallo nello scroto, che gli fece crepare il sacco erniario nella sua estremità, da dove gli in-

(1) Acad. R. de chirurg., Vol. III, pag. 327.

(2) Journal de méd. de Paris, T. XVII, pag. 24.

(3) DOWMAN, Acad. R. de chirurg. T. XI, pag. 333. LARSEN, ibid. pag. 374. MOSCA, ibid. T. IX, pag. 103. MAILLÉ, SAUCONNET, ibid. T. XI, pag. 375. MALACARNA, delle osserv. in chirurg., T. II, pag. 226.

(4) Acad. R. de chirurg., T. IX, pag. 374.

(5) Fed. GARRIGAT, op. chirurg., T. I, chap. V, obs. XVI.

(6) Journal de méd. chirurg. par Curviers, etc., Vol. XF, avril 1808.

testini uscirono per lungo tratto, e formarono una terza eia nello stesso lato, che si estendeva sino alla metà della coscia. Nal secondo, parlasi d'uo infermiere in età di sessant'anni, il quale portava sino dall'infanzia uo'easia inguinale dal lato destro. Da lungo tempo il malato si era accosto che sotto la pressione l'ernia gli si alzava, postandosi al disopra dell'anello inguinale, in modo che negli ultimi giorni di una vita egli era obbligato a deprimere il tumore dall'alto al basso, poscia a disgiungere le viscere all'infuso aereo la sede dell'anal inguinale. Sotto un gagliardo sforzo l'ernia gli si toccarce, e furono un insolito tumore che si estendeva dall'anello verso l'ombellico, tanto il quale tumore si solevava al tatto gl'intestini ricoperti soltanto dalla pelle. Si venne all'operazione. Aperto il sacco erniario, e necessariamente anco quel tratto di tumore che si estendeva verso l'ombellico, fu posto allo scoperto l'intestino per la lunghezza di quindici pollici. Una piccola porzione d'intestino si trovava tuttavia nello scroto, a propriamente entro il sacco erniario. Allora si vide chiaro che la massa principale degli intestini, che formava il maggior volume dell'ernia dall'anello verso l'ombellico, erasi fatta strada fra i tegumenti e l'aponeurosi dell'obliquo esterno muscolo, dopo aver lacerato il sacco erniario nello sua sommità. Inciso poscia l'anello inguinale, tutta la porzione protrusa dell'intestino fu riposta completamente nel ventre.

Il malato non sopravvisse all'operazione. Nel vedere di esso si è potuto verificare ciò che era già stato rimarcato durante il taglio dell'erniario, che il sacco erniario superiormente verso il lato esterno erasi lacerato. Questa osservazione c'insegna, che non è in salubrità del chirurgo de' casi simili a questo il cominciare il taglio dell'ernia sopra l'uno o l'altro dei tumori che derivano dalla erepatura del sacco erniario, ma che egli deve in primo luogo aprire il sacco erniario oello scroto, oza il sacco stesso è sano ed intatto, indi procedere al luogo della erepatura se vuole arrivare con prontezza e sicurezza a scoprire le viscere che si sono innestate fra i tegumenti e le parti sottoposte.

§. XXII. RICETTA opina (1) che abbia luogo

talvolta, negli erniari una maniera di stossamento ch'egli chiama *spasmodico*, la ragione immediata del quale egli suppone dovesse ripetero dalla spasica contrazione del muscolo obliquo esterno dell'addome, e conseguentemente dell'anello inguinale. *L'anello inguinale*, dice egli, *è per verità tendinoso e non può contrarsi; ma le sue fibre tendinose sono continuazioni delle fibre muscolari, e quando queste si contraggono, la loro azione si estende necessariamente alle fibre tendinose formanti l'anello. Se per una causa qualunque le fibre carnee del muscolo grande obliquo spasmodicamente si raccolgono, deve per necessità restringersi anco l'anello. Quest'opinione non mi sembra oltrapassare i limiti di un'ipotesi. L'anello inguinale non è che una disanciazione delle due bende aponeuriche dell'obliquo esterno, le quali vanno ad inserirsi nella sommità del pube. E poichè appunto, come dice RICETTA, codeste bende sono disposte nella stessa direzione che hanno le fibre carnee dell'obliquo esterno, la forza di questo muscolo, tanto istato di sanità che di spasmo, sarà diretta invariabilmente contro l'osso del pube, giammai contro i margini dell'anello. Che se l'azione di questo muscolo in istato di spasmo tende a stringere l'anello, produrrebbe lo stesso effetto, benchè con minor forza, la contrazione alterna e regolare di questo muscolo, lo che è falso. La vena cava inferiore passa attraverso l'aponeurosi del diaframma; eppure questa vena non si sente mai stossata sotto le più asidue contrazioni e le più asidue spasmodie di questo muscolo. L'arteria femorale passa attraverso la porzione larga del tendine del gambo adduttore della coscia, nè perciò sotto le più forti spasmodie di questo muscolo, alcuno ha sinora rimarcato che l'arteria femorale ne sia stata validamente compressa. Una gagliarda spasmodia del muscoli addominali può bensì far discendere le viscere nell'arna con tanta forza da non poter esser ritolte dalla mano dell'infermo giacente in letto, come è stato osservato da LEBT (2); ma ciò è ben tutt'altro che stringere l'anello inguinale. I casi di stossamento, che il RICETTA chiama *spasmodico*, sono quelli, a' io*

(1) *Traité des hernies. chap. XII.*

(2) *Practical system of surgery, T. I, pag. 118.*

non erro grandemente, nei quali l'ernia si trova complicata da spasmodia generale del tubo intestinale, il quale spasmo ora ha i caratteri di colica propriamente detta *spasmodica*, ora *flatulenta*, ora *biliosa*, *stercoracea*, *verminosa* e simili. Ogui qual volta un ernioso è sorpreso da una di queste coliche (1), l'ansa d'intestino che si tocca nell'ernia per motivo di continuità, partecipa necessariamente allo stato d'irritazione e di spasmodia da cui è affetto l'intero tubo intestinale contenuto nel ventre. Similmente la calma de' sintomi dipendenti dall'affezione dell'intero tubo intestinale va del pari con quella de' sintomi d'irritazione e di spasmodia dell'ansa d'intestino contenuta nell'ernia. Nella colica *flatulenta spasmodica* degli ipochondriaci e delle donne isteriche ognuno sa quanto grande sia il volume d'aria che si ripiomba nel ventricolo e nell'intestino di questi soggetti, i quali, se a un tempo stesso sono ancora esposti, devn succedere necessariamente in essi che, come tutto il canale intestinale, così ancora quella porzione del canale medesimo che si trova nell'ernia, partecipi allo stato di dilatazione e di spasmo alternamente, da cui è affetto tutto il tubo dell'intestino. Si formano nel ventre di questi soggetti qua e là per tutta la lunghezza del canale intestinale delle spastiche strozzature, degl'incarceramenti di flati che non possono scendere nè discendere durante il parossismo; la qual cosa, se per caso si fa, come di leggieri può accadere, nel ventre in vicinanza dell'ernia, deve di necessità succedere nell'ernia stessa una subitanea distensione flatulenta dolorosa non dissimile da uno strozzamento d'intestino. Al primo scioglimento del parossismo i malati rendono molta aria per bocca e per scosso, ed i sintomi di tensione del ventre e di strozzamento nell'ernia spariscono in proporzione che si dissipa l'affezione flatulenta spasmodica della quale era compreso tutto il canale intestinale. Pres-

so a poco accadono gli stessi fenomeni negli erniosi attaccati da colica *biliosa*, *stercoracea*, *verminosa*, o da quella occasionata da soppressione di traspirazione. Intorno alle quali qualità, egli è osservabile, che nella colica *biliosa* o *stercoracea* i malati non vomitano, il più delle volte, che le cose per essi in allora nauseose, come il brodo, il porro d'uovo e simili, mentre si tengono l'acqua ed altri liquori in abbondanza; in oltre, l'ernia in queste circostanze, benchè assai tesa, permette non per tanto d'essere diminuita di volume senza grande incomodo de' malati, nei quali non di rado rientra anco del tutto, benchè sussistano tuttavia i sintomi d'irritazione e di tensione di tutto il canale intestinale per ridondanza di bile, di fecce, di vermini. Se poi in tutto questo affare si consultano le pratiche osservazioni, si trova che nella colica *flatulenta spasmodica* la radice d'ipericaena a picco e sostenute dosi, i clisteri camminati, i fomenti, i bagni tiepidi universali, l'asciugante sul ventre, siccome mezzi atti a far cessare la tensione dell'addome e dell'intero tubo intestinale, producono questi medesimi buon effetto anco sull'ernia. Del pari nelle altre specie di colica intestinale succede in pratica di osservare che durante l'uso dei blandi solutivi, degli antelmintici, e sopra tutto del frequente clisteri, talvolta sino degli emetici dati opportunamente, si vedono cessare i sintomi, non dico d'incarceramento, poichè non accadono mai a questo grado, ma di tensione molesta e dolorosa nell'ernia, i quali sintomi non sono propri de le sicure protruse, ma in comune coll'affezione del tubo intestinale contenute nel ventre. Questi fatti non soun meno veri perchè la spiegazione che ne dà il RUYSSA non è, a mio giudizio, soddisfacente. Questo celebre autore merita anzi la lode d'aver fissata l'attenzione dei chirurghi su questo punto importante di pratica, cioè, che compaiono talvolta nell'ernia sim-

(1) Osserva opportunamente LEWISSON, che, stando ai segni dati da RUYSSA dello strozzamento ipomelicco, ne verrebbe di conseguenza, che ogni incarceramento d'ernia è spasmodico; poichè in ogni uno de questi casi insorgono segni di generale, e parziale spasmodia, ed in parecchi vi ha pur anco la intermissione dei sintomi. On Ruptures pag. 53.

La spasmo per parassiti poi è comune a tutti i canali del corpo umano pei quali è intercettato il passaggio. Un corpo straniero nella faringe, o nella laringe occasiona spasmo per intervalli; così nello strozzamento del tubo intestinale.

toni di strozzamento, la cagione principale dei quali non è propriamente nell'ernia ma bensì nel tubo intestinale contenuto nel ventre, per alleviare i quali sintomi poco o nulla giovano i topici consueti quando non siano combinati cogli interni farmaci diretti a togliere o diminuire l'affezione dell'intero tubo intestinale, sia alla *typhlogastrica*, *stultenia*, *colicaria* o *verminosa*.

Propriamente parlando però, non la spasmodia, nel senso asposto in questo paragrafo, non il restringimento graduato del collo del sacco erniario, non il cingolo fatto dall'omento, o da altra qualunque maniera di bellezza intorno l'intestino, sono la cagione immediata, ed *efficiente* l'incarceramento dell'ernia, ma soltanto la *pre-disponente*. La cagione *efficiente* è l'incremento di volume, assai volte celere, dell'intestino fuori uscito per ambianza di causa d'altra porzione del medesimo intestino, ovvero per distensione tutt'a un tratto indotta nell'ansa d'intestino protrusa, da flati, da materia fecale, da acericola secrezione intestinale occasionata da certe grado di irritazione e di pressione sull'intestino stesso fuori uscito.

§. XXIII. Sin qui dalle principali cagioni a modi diversi di strozzamento delle viscere nell'ernia, non che dei mezzi che la spezione ha dimostrato essere a più spediti ed efficaci per superare codesti ostacoli alla riposizione delle parti fuori uscite. Ora passò ad esaminare un altro modo di complicazione di questa malattia, il quale consiste nell'aderenza delle viscere fra di loro, ovvero col sacco erniario. In generale le osservazioni e la spezione ci hanno somministrato dell'indizio per quali ci è lecito di sospettare che un'ernia è complicata da aderenza; ma propriamente parlando non abbiamo alcun segno sicuro, dietro la scelta dal quale, prima di aver posto le viscere allo scoperto, possiamo determinare con precisione e sicurezza quale sia il modo d'aderenza che abbiamo a trattare, o fra quali parti abbia avuto luogo ed in quel grado. Io completo si possono sta-

bilire tre modi distinti d'aderenza delle viscere nell'ernia fra di loro o col sacco erniario; l'aderenza *gelatinosa*, cioè, la *fistulenta*, o *membranosa*, e la *sarrosa*.

§. XXIV. L'aderenza gelatinosa, conseguente assai ordinaria dell'infiammazione *adensiva* che invade le parti membranose poste a srambiavole contatto, non è fatta da altro che da una certa quantità di linfa concrescibile, effusa dalla superficie delle parti infiammate, la quale rappigliandosi assume l'apparenza o d'una sostanza viscidolosa, rosiccin, intrisa di sangue (1), ora di filo o membranosa biancastra, facilmente separabili dalle parti fra le quali si trovano interposte e che uniscono insieme, senza che da tale separazione venga indotta abrasione o lacerazione alcuna sulla superficie delle parti medesime intese glottate. Esempi di tal sede s'incontrano frequentemente nell'ernia che si sottopongono all'operazione del taglio, e più frequentemente ancora ne' cadaveri di quelli che periscono per infiammazione dei visceri dal petto o dal basso ventre, principalmente ne' punti di contatto di questa viscere fra di loro, ovvero colla pleura, o col peritoneo.

§. XXV. L'aderenza *fistulenta* o *membranosa* è fatta da un numero indeterminato di fili, brigue o laminarie veramente membranose ed organizzate, le quali costituiscono altrettanti punti d'unione delle viscere fra di loro, e col sacco erniario, disposti a differente distanza. Imparcievolmente, si osservano molte varietà per riguardo alla lunghezza, al numero, alla figura ed alla consistenza di queste membranette. Ora avviene una sola, ora più, sino ad otto a dieci; ora sono disposte in serie continuata, e rappresentano propriamente una membranella trasparente (2); ora sono tirate dall'intestino al sacco erniario; ora dall'intestino all'omento come tanti raggi dal centro alla circonferenza; ora sono filiformi, ora schiacciate; in fine, ora friabili al solo passarsi sopra del dito di una spatola; ora sono consistenti a quasi tendinose. L'aderenza *fistulenta* o *membranosa* differisce essenzialmente

(1) Morgagni, De sed. et caus. morb., Epist. 34, art. 3. Ad toccandum autem quicquid onerat in eo erui annexum passim inveni per interfectum quoddam corpus rubens et flaccidum, ut facite posset ob omento, et tactulo reparari, nec aliud quam membranaceae cellulae viderentur.

(2) Tav. VI, fig. IV, d. d. 1. 2.

delle *gelatinosa*, in quanto che, come si è detto, la *gelatinosa* non è che un mucoso allungato, mentre la *filamentosa* e la *membranosa* è fatta di una sostanza veramente organizzata; talvolta essa non è che la stessa sottile copertura o membrana somministrata dal peritoneo, la quale resta attaccata all'intestino o l'omento; la qual cosa io ho potuto assai chiaramente vedere e verificare più e più volte ed occhio nudo e coll'ajuto della lente. Imperciocchè, recisi con mano sospesa quei fili e quelle membranelle, ed arrovesciate diligentemente da una parte sull'intestino e dall'altra sul sacco erniario, ho osservato distintamente che quelle pellicine trasparenti sottilissime erano una continuazione della finissima tunica esterna dell'intestino o dell'omento, sotto delle quali membranella, come fra due pagine, risiedeva un tessuto cellulare tenuissimo, ed inoltre che l'intestino o l'omento nella sede corrispondente al luogo, ove quella membranella s'impiantava in esso, erano spogliati della lucida e sottile copertura che ricevono dal peritoneo. Per la qual cosa io sono d'opinione, che la formazione di questa *filamentosa* o *membranosa* adesione sia costantemente preceduta da un lieve corso d'infiammazione *adesiva* con unione immediata dell'intestino o dell'omento col sacco erniario, unione superficiale però, ma che coll'andata del tempo, l'intestino specialmente, scostandosi a poco a poco dal sacco erniario per l'azione sua vermicolare, per la distensione considerevole indotta in esso dal ritardo delle fecce, per le tonicità propria e per quella del mesenterio, per l'interposizione della sierosità sempre crescente nel sacco, la sottilissima copertura dell'intestino corrispondente ai punti d'adesione superficiale col sacco erniario si presta a si allarghi e tanto che si conformi in fine in uno o più filamenti, briglie o membrane nelle interposte fra l'intestino ed il sacco dell'ernia. Ciò rende conto perchè i fili, e le briglie di questa specie sono veramente organizzate e fornite di vassellini sanguigni, senza che per ispirare codesto fenomeno sia di bisogno di ricorrere alla ipotesi di HENRI sulla conversione della linfe concrescibile in sostanza vascolare ed organizzata. Non vuoi però negare, che in molti, a forse nella mag-

gior parte dei casi, codeste membranelle sono fatte di effusa linfa plastica organizzata. Nell'ernia congenita non è infrequente il trovare di queste briglie che attaccano l'intestino o l'omento al testicolo, ancorchè non vi sia stato giammai alcun certo indizio di pregressa infiammazione *adesiva*. La differenza, in confronto dell'ernia *volgare*, consiste in ciò che le briglie e le laminelle membranose nell'ernia *congenita* esistevano già nel ventre prima della discesa del testicolo, le quali appanto contribuiscono grandemente a fare che col testicolo discenda anche una porzione d'intestino o il omento.

§. XXVI. Queste due maniere d'adesione dalle viscere fra di loro o col sacco erniario non oppongono giammai un ostacolo considerevole al compimento e buon esito dell'operazione dell'ernia incarcerata; poichè, se trattasi dell'adesione *gelatinosa*, o sic per mucoso concreto, questa si scioglie facilmente strisciando l'epica del dito o di una spatolella fra le parti incollate insieme, senza che rimanga perciò creanta o lesa in alcun modo la superficie delle viscere da riporsi; la quale, tutt'al più, nel luogo dell'unione offre l'apparente d'una superficie leggermente vellutata. Se poi l'adesione è fatta da filamenti, da briglie o membranelle organizzate, queste si recidono con facilità a sicurezza mediante un colpo di forbice, o passando sopra di esse leggermente col tagliente d'un bistorino, mentre coll'altra mano si tiene accolta una viscera dall'altra o del sacco erniario (\*). Rimane, egli è vero, talvolta in questi punti d'attacco delle briglie l'intestino o l'omento spogliato della sottile sua sieriosa copertura; ma la sperienza non pertanto ha dimostrato, che, riposte le viscere nel ventre, ciò non produce accidenti rimarchevoli né ritarda punto la guarigione.

§. XXVII. L'adesione comunemente detta dai chirurghi *carnosa* delle viscere fra di loro o col sacco erniario, secondo le mie osservazioni, è di due specie; una, cioè, *non naturale*, l'altra *naturale*. L'adesione *carnosa non naturale*, se vuoi riguardare soltanto la cagione immediata da cui deriva, non diversifica punto dalla *filamentosa* o dalla *membranosa*; poichè tanto l'una che l'altra sono il prodotto della infiammazione *adesiva*. Se poi vuoi

(\*) *Tor. IV, fig. IV, d. d. e. a.*

considerare la profondità e la forza di coesione, differiscono grandemente fra di loro. Imperciocchè nella *filamentosa* e nella *membranosa* il coatto dell'intestino o dell'omento fra di loro o col sacco erniario si fa superficialmente, e l'unione non interessa propriamente che la sottilissima esteriore copertura membranosa di queste viscere, la quale laminella, come si è detto, per la sua sottilhezza e per la sua inutilità permette d'essere allungata e stirata in forma di filamenti, di fettucce, di membranelle trasparenti; mentre, al contrario, nell'adesione *carnosa non naturale* la coesione si fa profondamente nella sostanza delle parti che sono a stretto contatto, e si fortemente, che nessuna forza eccellente di quelle poc'anzi nominate è capace di allentare que' suoi d'unione e conformarli, come nel primo caso, in altrettanti filamenti, biglie o membranelle. Questo modo di coesione *carnosa* ha luogo più frequentemente fra l'omento ed il sacco erniario, che fra l'omento e l'intestino, o fra l'intestino ed il sacco. Ho fatto dellianare una di queste *aderenza carnosae* dell'omento col sacco erniario<sup>(1)</sup>, la quale era sì forte che non sarebbe stato possibile il separarcela che col recidere l'omento, e lasciare una porzione di questo viscere aderente al sacco dell'ernia. La stessa maniera di coesione, quantunque più di rado, si forma fra l'intestino ed il sacco erniario, colla differenza inoltre che quella dell'intestino si riscontra, il più delle volte, in vicinanza del collo del sacco e per entro del collo stesso, mentre quella dell'omento d'ordinario si fa coi lati o col fondo del sacco medesimo. Questa stretta e profonda maniera di coesione delle viscere col sacco erniario non è punto dissimile dalla cicatrice che risulta dell'unione delle labbra d'una ferita semplice; poichè tanto nell'uno che nell'altro caso avvi continuità ed intimità di sostanza con ingrossamento delle parti nel luogo della loro unione, nel qual luogo il sistema vascolare dell'una comunica con quello dell'altra, sicchè ambedue le parti ricevono una vita comune. Né dee restar meraviglia che una sì intima e stretta connessione si faccia fra parti molli, molto vascolari e dotate di molta vitalità, poichè vediamo accadere lo stesso fenomeno per

riguardo alle parti più dure ed inerti del nostro corpo, le ossa, in occasione d'*anchilosi*, per cui i capi articolari di esse si uniscono scambievolmente in modo da non poter essere più separati, ed in cui il sistema vascolare dell'una comunica manifestamente con quello dell'altro.

§. XXVIII. Quando nell'atto di compiere l'operazione dell'ernia scrotale *incaerata* incontrasi l'adesione *carnosa non naturale* dell'epiploon col sacco erniario, coll'intestino o col testicolo, non vi può essere per parte del chirurgo perplessità alcuna sul partito eh'egli dee prendere per riguardo all'omento; quello, cioè, di recidere in ogni qualunque caso di questa sorta l'omento in vicinanza della sua adesione con l'una o l'altra delle accennate parti, e di fare ciò prontamente, se l'adesione dell'omento costituisce il principale ostacolo alla riposizione delle viscere. Porrò (2) sì è incontrato in un'ernia nella quale l'omento erasi fatto strettamente aderente al sacco erniario ed al testicolo in dieci differenti luoghi; ciò non per tanto egli lo recise da per tutto: a poichè era l'omento d'altronde sano, lo ripose nel ventre col più felice successo. Quest'operazione non è egualmente spedita e sicura quando trattasi d'*aderenza carnosae* al modo di cicatrice fra l'intestino ed il sacco erniario; ehè anzi di tutti gli accidenti di tal sorta uno egli è questo dei più pericolosi per l'infermo, e che richiede la più grande intelligenza e circospezione per parte del chirurgo intorno alla qual cosa non è stata ancora data alla saggia gioventù una norma da seguire abbastanza chiara e precisa, quantunque, a mio giudizio, sia questo selsolo uno dei più rilevanti dell'operazione dell'erniotomia. Da replicate osservazioni sui vivi e sui cadaveri a me conita, come ho accennato di sopra, che il più delle volte codesta stretta adesione dell'intestino col sacco erniario si fa col collo del sacco stesso, ovvero a poca distanza sotto dell'anello inguinale. In simili circostanze, tolta la cagione immediata dello s'irrozamento esistente nel collo del sacco erniario o nell'anello inguinale o in ambedue queste parti, cometterebbe, a mio parere, un grave errore il chirurgo se intraprendesse per mezzo del taglio di separare

(1) *Tab. VI, fig. V. f. f.*

(2) *Chirurg. Works, T. III, pag. 299.*

e liberare l'intestino dall'aderenza carnosa col sacco erniario, principalmente se codesta aderenza fosse molto estesa; perchè, in primo luogo, egli non avrebbe una traccia rimessa di condurre il collo al traverso di quell'estesa cicatrice, e correrebbe pericolo di offendere l'intestino o di recidere con una porzione di sacco erniario il cordone spermatico situato immediatamente dietro del sacco; in secondo luogo, perchè l'estesa estesa piaga indotta sull'intestino staccato e riposto nel ventee, non potrebbe che occasionare sintomi consecutivi anzi da temersi a motivo dell'effusione di sangue, dell'infiammazione, della suppurazione e crepazione dell'intestino in un punto fosse non abbastanza corrispondente alla piaga esteriore. Per la qual cosa, ponderati tutti questi pericoli e confrontati coi vantaggi che l'esperienza ha dimostrato trarsi da una pratica tutt'opposta a questa, io sono d'avviso che la miglior indurazione curativa da seguirsi in simili casi sia quella, tolta completamente la cagione immediata dello strozzamento, di lasciare l'intestino inerente al sacco erniario come si trova, e contentarsi di ricoprirlo coi lembi del sacco erniario e coi pannolini bagnati nell'erqua di malva tiepida. Egli è un fatto di pratica chirurgica assai memorabile, che, tolte su questi casi la ragione immediata dello strozzamento, ancorchè l'ansa di intestino cingua al di fuori, le fecce riprendono il corso loro naturale e quindi cessano tutti i dolori, il vomito ed il singhiozzo. Ne' giorni consecutivi poi ne quali il chirurgo non interviene mai di mettere giorno e notte l'apparecchio col decotto di radia, si osserva che il taglio di aderenza dell'intestino col sacco si trasporta spontaneamente all'interno dell'anello, e che in progresso si nasconde poco del tutto o in gran parte di là dall'anello stesso. Quella porzione d'intestino, in fine, che dalle forze della natura non può essere tratta nel ventee, si sfoglia, come da uno i chirurghi, diviene coriacea e granulosa, e finalmente va ad essere cimbria e ricoperta da comuni tegumenti dell'inghine e dello scroto. Un religioso in età di rinquanti anni portava sino dalla sua gioventù un'ernia scrotale del lato sinistro, che mai ebbe cura di tener riposta con adalato brachtee, quantunque negli al-

timi tempi egli fosse molestato da coliche quasi abituali. Sotto un gagliardo sforzo in istate un peso l'ernia gli s'incarcerò con molebile incremento di volume. La gestazione dei sintomi mi determinò nell'istante all'operazione. Rimossi lo strozzamento mediante il taglio del collo del sacco erniario e dell'anello inguinale, mi rimase facile il riporre quella porzione di canale intestinale che di re entrava discesa nell'ernia, ma quando provai a far rientrare il restante non si ebbe l'intestino era così strettamente aderente alla parete posteriore del sacco, un pollice circa sotto nell'anello inguinale, che non mi sarebbe stato possibile di staccarlo senza un'estesa e pericolosa incisione. Mi contentai adunque di ricoprire quella porzione d'intestino che rimaneva al di fuori coi lembi del sacco erniario e con pezzi intappate d'erqua tiepida, ordinando all'ajutante di approntare un decotto di malva, e di somministrare con questo l'apparecchio frequentemente tanto di giorno che di notte. Immediatamente dopo l'operazione cessarono i sintomi d'incarceramento, atteso che il collo del sacco e l'anello erano stati fatti completamente, e poche ore dopo il malato ebbe delle scariche di ventee abbondanti, le quali furono intertenute dai replicati clisteri. Nel resto giorno dall'operazione, manifesta essendo la suppurazione nella piaga, lessi cautamente l'apparecchio, e vidi chiaramente che l'intestino si era trasportato alquanto poco all'interno verso l'anello inguinale. La meditazione fu continuata nel modo di prima. Dopo tre altri giorni la porzione d'intestino che giaceva ancora al di fuori comparve leggermente rossa e granulosa. Nel decimo terzo giorno l'intestino si era nascosto completamente di là dall'anello inguinale. In tre settimane ancora la guarigione fu compiuta senza che vi restasse alcun vestigio di tumore. Rientra ha pubblicato un fatto simile a questo (1). Il Felleco Schomann venne allo spedale con un'ernia inguinale il dì 4 settembre 1794. L'ernia era incarcerata da quattro giorni e l'infecce la portava da dieci anni. I sintomi di strozzamento non erano tanto violenti da non permettere l'uso degli ordinari sussidj, i quali però essendo riusciti inutili passò all'operazione nel giorno se-

(1) *Giornale di Londra* T. B. pag. 119.  
SCARPA Vol. II.



guente. L'ernia era composta d'omento e d'intestino. Anorchè l'intestino fosse d'un rosso oscuro, non per tanto lo feci rientrare. Nell'atto che io stava per compiere la riposizione, mi sono accorto che una parte dell'intestino era fortemente aderente pel tratto di due pollici alla parte posteriore del sacco erniario ed al collo stesso del sacco. Separai quella porzione d'intestino ch'era più in basso, la di cui aderenza aveva una figura triangolare, e la recai intatto il rimanente di quell'attaccatura verso l'anello inguinale. Mediante un riatere dato sulla sera il malato andò di corpo due volte. La mattina seguente l'infermo si lamentò di forti dolori di ventre. Fu salassato abbondantemente e gli fu dato il ventre con olio di romomilla. Nell'ottavo giorno i dolori di ventre essendo ancora intesi, ordinai che gli fosse fatto un stro al basso. Il malato provò qualche dolore auco nel luogo dell'ernia. Il giorno undici i dolori furono più miti, il pulso tranquillo e molle, naturali l'evacuazioni alvine. Levato l'apparecchio non si poté giudicare dello stato della ferita, perchè alcuni pezzi d'unguento erano tuttavia aderenti alla piaga. Il decimo nessun dolore, ed il malato si troncò per tutti i riguardi sufficientemente bene. Riconferato l'apparecchio, si è osservato che la porzione d'intestino aderente alla parete posteriore e superiore del sacco erniario si era in molta parte di sé alzata e ritirata di là dall'anello inguinale, e non si lasciava vedere al di fuori che pel tratto di un pollice. Nel giorno 25 settembre non era più possibile di vedere la più piccola parte d'intestino nel fondo della piaga, la quale era di buon aspetto. A quest'epoca l'isocemo si trovava libero da ogni incomodo. Riporterò più in basso degli altri fatti simili a questi, in prova ulteriore dell'utilità di questa pratica in confronto dei pericoli ai quali si va incontro staccando col taglio l'intestino dall'unione carnosa col sacco erniario.

§. XXX. L'altro somiero di stretta ed estesa coesistenza dell'intestino col sacco erniario, o sia l'adesione carnosa naturale, si è

quella che si trova fatta dai naturali legami che l'intestino, prima della sua discesa nell'inguine, aveva col granilo sacco del peritoneo nel caso del ventre. Codesti legami naturali sdruciolano, per così dire, insieme coll'intestino dalla cavità del ventre per l'anello inguinale sino oello scroto. Questo modo d'aderenza non è comune a tutte l'ernie scrotali intestinali, ma è proprio e particolare soltanto di quell'ernia scrotala in quale è fatta dalla discesa dell'intestino crasso, cioè nel deatro lato del cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon, e nel lato sinistro da quella porzione di collo che sta naturalmente legata al sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare sinistra, poco prima che quest'intestino entri nelle pelvi ed assuma il nome di grande retto intestino. E comunque stretta e forte sembra possa l'attaccatura che ha il cieco intestino ed il principio del colon col grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare destra per mezzo delle due falde del peritoneo medesimo, una delle quali falde fa di punto fiso all'osso del fianco, l'altra el margine esterno del muscolo psoas, pare non è infrequente il caso che il cieco coll'appendice vermiforme e l'estremità dell'ileo discendano per l'anello inguinale sino nel fondo dello scroto (1) unitamente a quel tratto del grande sacco del peritoneo, cui gli intestini ora menzionati si trovano naturalmente legati nel caso del ventre (2).

§. XXXI. Notomizzando parecchio di quest'ernie, ho trovato che l'intestino cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon discendendo per l'anello inguinale nello scroto, non solamente allentano le briglie naturali che legano quest'intestini all'osso del fianco ed al psoas muscolo, ma altresì che codesti intestini discendendo si tirano dietro sin entro dello scroto quella parte del grande sacco del peritoneo, cui gli ora nominati intestini sono naturalmente uniti dietro il fianco destro, e che conseguentemente il sacco erniario, entro del quale sono contenuti i detti intestini nello scroto, è fatto da quella stessa

(1) *Pott, Chirurg. Works, T. II, pag. 61. I have already mentioned it as my opinion, that ruptures are sometimes rendered difficult to be reduced by that portion of the intestinal canal which is called the coccum or the beginning of the colon being contained in the hernial sac.*

(2) *Tow. VI, fig. I, II.*

ed identica parete del grande sacco del peritoneo, che in talato sano vestiva la regione ileo-lombare destra, e formava le falde e li ligamenti che tenevano uniti il cieco colla sua appendice vermiforme ed il principio del colon al fianco destro ed al psoas, ond'è che, aperta l'ernia, si trovano ivi questi intestini aderenti al sacco erniario nella stessa guisa che essi uniti erano al grande sacco del peritoneo entro il ventre nella regione ileo-lombare destra. Ed è appunto perciò che chiamo *carnosa naturale* queste maniere di adesione delle viscere col sacco erniario, perchè fatta da quelle medesime *naturali* unioni che il cieco e l'appendice vermiforme avevano in comune nel ventre col grande sacco del peritoneo. Questo fenomeno per istinto che sembra possa agli iniziati in chirurgia e forse incredibile, non oltrepassa però la credenza di quelli i quali sanno quanto grande sia la distensibilità del peritoneo e del tenace relinere che lo ontre mollemente alla parete vascolare dell'addome (1), e non ignorano esservi dei fatti ben avvertiti in questo genere di cose ancor più meravigliosi di questo, a dei quali ho già fatto menzione nella precedente Memoria; cioè di viscere strettamente legate al grande sacco del peritoneo, le quali sono state trovate no cadaveri a notabile distanza dalla posizione loro naturale, ed ivi trasportate unitamente alla parete del grande sacco del peritoneo cui erano naturalmente e strettamente congiunte.

§. XXXI. Ho avuto l'opportunità di esaminare e di seguire passo passo, per così dire, la formazione di quest'ernia complicata dell'ingaine e dello scroto. Imperciocchè nel cadavere di un uomo di cinquant'anni, avente un'ernia inguinale dal lato destro della grossazza di un ovo di gallina, ho trovato che il tumore conteneva soltanto il fondo dell'intestino cieco, e che per di più i nodi d'attacco di quest'intestino col grande sacco del peri-

itoneo non erano discesi dalla regione ileo-lombare destra che a un pollice circa in vicinanza dell'anello inguinale. Per la qual cosa il fondo dell'intestino cieco si trovava tuttavia libero e mobile in tutt'i sensi per entro del sacco erniario, e permetteva senza difficoltà d'essere completamente respinto nel cavo del ventre. Nel riatrare di un altro uomo l'intestino cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon era disceso più in basso nello scroto che nel soggetto dell'osservazione precedente. In questo trovai che la parete esterna del collo del sacco erniario era fatta evidentemente da quella porzione del grande sacco del peritoneo che prima ricopriva la regione ileo-lombare destra. Dal lato esterno del collo del sacco erniario si spiccavano le falde membranose e le briglie (2), le quali si inserivano nel cieco e nel principio del colon coll'istesso ordine e nell'istesso modo che tengono le medesime falde e briglie entro il cavo del ventre, portando dal grande sacco del peritoneo per inserirsi nei detti intestini dinanzi al fianco destro. L'appendice vermiforme (3), essa pure, in più luoghi si trovava in continuità col sacco erniario; cioè, per tutto quel tratto in cui il suo piccolo mesenterio fatto dall'addoppiamento del peritoneo formava parte del sacco erniario (4). Avendo tentato in questo soggetto di respingere nel ventre il cieco col principio del colon, non mi è riuscito di farlo completamente, perchè, come ho detto poc'anzi, il cieco coll'appendice vermiforme era ivi ritenuto dalla *naturale* sua unione col sacco erniario pel tratto di due pollici sotto dell'anello inguinale. Nel terzo cadavere, che era di un uomo di sessant'anni, affetto da vasta ed antica ernia scrotale dal lato destro, trovai che il cieco coll'appendice vermiforme, il principio del colon e l'estremità dell'ileon erano discesi profondamente nel fondo dello scroto (5). Nella quivi era di più manifesto, quanto che le natu-

(1) CAMPER *Demonst. anat. pathol.*, pag. 18. *Idem* circa magnas hernias in universum observavi, quod peritoneum non coarctetur, sed intestina insequatur propter laxitatem cellulosae membranae, qua cum vicinis nectitur, praeripit quo parte lumbis nectitur.

(2) *Tav. VI, fig. II, b. e.*

(3) *Tav. VI, fig. II, d. e. f.*

(4) *Idem g. h. i.*

(5) *Idem fig. I.*

edificabile membranosa ed i ligamenti del peritoneo, diversi nello scoto a loeme parte del sacco erniario, s' inserivano nel cieco a nell'appendice vermiforme, o tenevan luogo di *carnea aderenza*, e somministrando inoltre i dotti intestini si convertivano chiaramente nell'arteria loro incisa rospettra (1). Il cieco intrattino per quel tratto del suo fondo (2), che naturalmente ancor nel ventre è arido e libero d'ogni attacco col gran sacco del peritoneo, permetteva patimetre nell'ernia di d'essere alzato e respinto insù verso l'angolo inguinale; ma la sommità di esso intestino ricco ed il principio del colon rimanevano essi strettamente legati al sacco erniario, e per al lungo tratto, che non era possibile il farlo ripassare nel ventre. Aggiungersi a tutto ciò, che il fondo del cieco intestino (3) si trovava allungato ed allargato nel basso dello scoto oltre la lunghezza ed ampiezza sua naturale; la qual cosa oltre necessariamente surrogare in tutte l'ernie voluminosi ed antiche di questa sorte, a motivo dell'arricchimento delle fibre nel cieco, dell'istuaio dello stesso intrattino e dell'indebolimento ed insufficienza delle fibre carnee del cremaster in contrabbilanciare la forza di pressione dei muscoli addominali. Aperto il ventre nel soggetto di cui si parla, vedevasi il colon del lato destro tirato in basso verso l'inguine, e spostata l'unione sua naturale dal fianco allo scoto.

§. XXXII. Una simile maniera d'aderenza *carnea naturale* dell'intestino crasso col sacco erniario, ha luogo talvolta anco nel lato

sinistro dello scoto (4); quando, cioè, l'ernia è formata da quella porzione di colon intestino sinistro, la quale sta naturalmente attaccata nel raso del ventre al grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare sinistra. Il colon intestino discende nella regione epiploica sinistra e attaccato da un lato al mesocolon, e dall'altro a quel tratto della parte del grande sacco del peritoneo, che vestir la regione ileo-lombare sinistra, mediate alcune larghe falde e briglie membranose, somministrate dal raddoppiamento dello stesso peritoneo, le quali cessano d'impedire nel colon sinistro, ove quest'intestino sorregge i grossi vasi iliaci per innervarsi e discendere nella pelvi. Perciò, allor quando a formare l'ernia scotale discende quella porzione di colon sinistro che è situata naturalmente al di sopra dei grossi vasi iliaci, il sacco erniario (5) è fatto necessariamente da quella parte del peritoneo che precedentemente copriva la regione ileo-lombare sinistra, la quale porzione del grande sacco del peritoneo, discendendo nello scoto, trae seco le falde ed i membranosi ligamenti (6), i quali nella posizione naturale di queste parti legavano il colon sinistro alla regione ileo-lombare del medesimo lato. Quindi è che siccome nel lato destro dello scoto, così nel sinistro, parata l'ernia, si trova una posizione d'intestino colon aderente al sacco erniario (7) per mezzo di *naturali legami membranosi*, o sia per quel modo d'aderenza ch'io chiamo *carnea naturale* (8). Non ha guari, che

(1) Mem. f. d. d. a. a.

(2) Idem d. d. a. a.

(3) Idem o. a.

(4) Idem fig. III.

(5) Idem r. e.

(6) Tow. VI, fig. III, c. c. c.

(7) Idem a. d. d. c. r. r.

(8) *ΜΟΥΡΟΓΑ*. *Paracels. patholog.*, pag. 91-93. Questo celebre chirurgo ha osservato più d'una volta nel cadaveri l'una e l'altra di queste discese nello scoto dell'intestino cieco nel destro lato, e del colon nel lato sinistro.

CAMPES, *Deinost. Anot. lib. II, pag. 18. An. 1761* *Intestinum duplicem inguinalem in obesiis suis cadaveri demonstrabam. Sinistrum decem pollices longum, et quatuor amplum, trunco partim cum pinguedinoso mesenterio occupant; eorum non rari appendice vermiformi anaculum sinistram ingressum, non quin transpositio lorum habebat, sed quia, ut jura dixi, trunco intestinum pondus reliquum peritonaeum, atque ideo etiam eorum, in sinistrum inguen coegit.*

in una vasta ernia di questa specie, oltre la menzionata aderenza *carnea nascente* del colon sigmoide col sacco erniario, ho trovato insieme non lung'anza d'intestino tenue, libeto da ogni attacco col sacco.

§. XXXIII. Da ciò che sappiamo di certo intorno le ragioni prossime e remote dell'ernia in generale, egli è verisimile il credere che la discesa del cieco nello scroto abbia luogo talvolta a preferenza di quella dell'intestino tenue, malgrado la forte attaccatura che ha il primo nella regione iliaca, se si combinino in alcuni individui una eccedente lassità nella unione del cieco col peritoneo con una straordinaria sfioscenza dell'aponevrosi dell'obliquo esterno del lato destro, per cui, sotto una gagliarda irritata pressione fatta in tutte le saccate del basso ventre, il cieco ed il principio del colon si trovano più disposti a cedere di luogo e portarsi giù per l'ingaine, di quello che predisposti siano a fare ciò il mesenterio ed i tenui intestinali. Non è improbabile che a ciò abbia poi altresì un abituale eccessivo accumulamento di dure fecce nell'intestino cieco. In oltre, non sono lontano dal credere che assai volte l'ernia del cieco sia una conseguenza della discesa dell'estremità dell'ileo in vicinanza della sua inserzione nel ceco intestino, la quale, entrata per la prima nello scroto, trugga necessariamente aro l'intestino cieco colla sua approssimazione, ed il principio del colon colla falda e legatura membranosa che uniscono questi intestinali al grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare destra. Che se poi l'ernia fatta dal cieco è congenita, avrà tutta

a credere ch'essa sia stata occasionata dalla adesione del testicolo col cieco intestino avanti la discesa del primo nello scroto. Walsbaum infatti ha trovato parecchie volte nell'uomini feti (1), in situazione della inserzione dei semi spermatici nel testicolo destro, una specie di fascetto fibroso e di ligamento membranoso, il quale teneva unito il testicolo in parte al plovolo mesenterico dell'appendice vermiforme, in parte al cieco ed all'estremità dell'ileo, prima che il testicolo si diponesse a discendere. Ed a questo proposito Saxtorff riferisce il seguente caso (2). « Ad un fanciullo di circa tre mesi, venuto alla luce con un'ernia nel lato destro dello scroto, dopo che furono essentate esattamente riposte le saccate fuori uscite, fu applicata sul luogo dell'ernia una compressione, la quale riuscì intelli i sintomi dell'ernia incarcerata, sotto la violenza dei quali il fanciullo morì. Durante la sezione del cadavere è stato trovato che l'ernia congenita era formata dal cieco coll'appendice vermiforme e dall'estremità dell'ileo. L'appendice vermiforme poi era aderente in parte al testicolo, in parte al fondo del sacco erniario, e nel luogo di coesione di essi col testicolo era divenuta più dura e compatta che in stato naturale, indizio non dubbio che quell'aderenza dell'appendice vermiforme col testicolo esisteva prima della nascita del bambino, e conseguentemente prima della discesa del testicolo e della formazione dell'ernia del cieco ».

§. XXXIV. L'ernia totale formata dal cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon, sempre assai voluminosa, si pre-

(1) *Observ. anat. de test. descensu*, p. 52. *Aliam in quibusdam cadaveribus observare mihi licuit structuram, quae intestinorum cum testiculis in scrotum descensum reddere omnino potest facillimum. In aliquot enim fortuam corpusculi, quorum duo ad hanc usque diem in utris praeparatis observo, in dextero latere vidi stritum quemdam fasciculum in illo loco ariri, ubi vasa spermatica inter peritoniorum duplicem lamine testiculum ingreditur, ascendendo mox appendicem vermiformem, ejusdemque mesenterium, mox ceco intestino, mox ilei extremo in cecum obeunti insertum deprehendi; tam breves erant hi fasciculi, qui ligamenta esse videbantur, ut vix aliquot lineas superarent; nunquam tam breves in sinistro latere vidi. Ortum omnino capiebant ex peritoneo in duplicaturam mutato, cum interposita stipata quidam cellula. Insuper illorum brevis inspicionem inovebat, periculo non vitare illos embryones futurae herniae, quibus talis est conformatio. Id enim quilibet experiri, ut ego feci, potest, qui tales foetus videndi opportunitatem habet, prehensum intestinum totum cum illo in annulo elevori et attolli, et depresso virgissim testiculo, intestinum simul versus anulum urgeri.*

(2) *Icones lurnae congenitae.*

senza sotto un aspetto ingannevole nell'atto della operazione, a scopia tutto come se questi intestini fossero fuori del sacco erniario, o sia sprovvisti di sacco membranoso fatto dalla discesa del peritoneo. Per poco che alcuno versato in anatomia vorrà riflettere su questa disposizione di parti, e rammentarsi che il cieco col principio del colon nella regione ileo-lombare destra non sono del tutto compresi entro il grande sacco del peritoneo, e che una porzione dei detti intestini immersa nella cellulosa di contro il funco destro, è assolutamente fuori del grande sacco membranoso addominale, egli riconoscerà immediatamente che nell'ernia scrotale di tal fatta una porzione del cieco e del principio del colon si troverà ben compresa e rinchiusa nel sacco erniario, mentre un'altra porzione degli intestini ruedestrati sarà necessariamente fuori del sacco ed a nudo nella cellulosa che accompagna la discesa del peritoneo nell'ernia. Ora se alcuno, non sabbattanza d'atto in anatomia ed esercitato nell'esame di questa infermità sui cadaveri, invidierà codesta maniera d'ernia, riconoscendo il taglio di troppo sul lato esterno del tumore, aperta che avrà la guaina del cremastere, incontrerà a nudo l'intestino cieco ed il principio del colon, ed opinerà che quest'intestini sono discesi nello scroto senza il concorso del sacco erniario fatto dal peritoneo. Ma riconoscerà ben tosto l'errore in cui si era caduto, se ri-prenderà l'incisione dell'ernia propriamente nella linea di mezzo, ed alcun poco verso il lato interno del tumore. Allora sotto la guaina del cremastere e la sottoposta cellulosa so-manza troverà senza dubbio il vero sacco erniario fatto dal peritoneo, e per entro di questo sacco vedrà la maggior porzione del cieco coll'appendice vermiforme, ed inoltre le falde membranose e le briglie che sembrano spiorarsi dal sacco erniario per inserirsi negli an-sidetti intestini, la minor porzione dei quali sarà fuori del sacco, non altrimenti che quando le stesse viscere occupavano la regione ileo-lombare. Nel calare di un uomo che aveva un'ernia di questa specie assai voluminosa, ho trovato che le viscere discese nello scroto erano state, per così dire, giccate intorno il loro asse in maniera, che l'azione di esse col sacco

erniario si era trasportata dalla faccia posteriore sull'anteriore del tumore, per cui non mi fu possibile di scoprire il sacco erniario, che incidendo di nuovo l'ecua verso il lato interno del tumore. Questa combinazione di cose è quella appunto che, a mio parere, ha condotto in errore il giovane chirurgo Sax-son (1) sul conto di quest'ernia. Imperciocchè esercitandosi egli, come disse, nelle operazioni chirurgiche sul cadaveri, intraprese l'operazione dell'ernia scrotale sopra un soggetto che offriva opportunamente un tumore di questo genere, della grossezza di un pugno situato nel lato destro dello scroto. Dopo incisi i comuni integumenti continuò egli a separare il sottoposto tessuto cellulare a molta profondità senza giammai incontrare il sacco erniario. Finalmente pervenne a scoprire l'intestino, e riconobbe che era il cieco coll'estremità dell'ileo ed il principio del colon; era a nudo, e sprovvisto onninamente di sacco erniario. Da ciò egli concluse che talvolta si forma uno scroto dell'ernia fuori del sacco del peritoneo, e conseguentemente senza sacco erniario, alle quali gli è piaciuto di dare il nome di ernie *enterocoeles olistogurs*. Ma da ciò che ho detto poc'anzi risulta chiaramente quale sia stato il motivo che ha dato luogo a quest'errore. Né deve far meraviglia che un giovane chirurgo si sia ingannato sull'esistenza di questa malattia, poichè ora si saprà che lo stesso sbaglia è stato commesso da due celebri maestri, DERRAULT e COOPART (\*), i quali disse- ro apertamente d'aver veduto il *cieco intestino a nudo sotto i tegumenti dello scroto*, senza punto sospettare che la maggior porzione di quest'intestino si trovava rinchiusa nel suo sacco erniario fatto dalla discesa del peritoneo, come nell'ernia ordinaria.

§. XXXV. Molti scrittori di chirurgia hanno fatto menzione delle grandi difficoltà, e talvolta dell'impossibilità di riporre nel ventre l'ernia scrotale voluminosa, fatta dalla discesa dell'intestino cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon, a motivo delle forti aderenze che questi intestini contraggono col sacco erniario. Nessuno però ha preso finora in attenta considerazione, che queste aderenze non sono preternaturali e

(1) *Journal général de méd. par Seudillot, T. XVI, pag. 30a.*

(\*) *Tratè des maladies chirurg., T. II, pag. 195.*

morbosa, ma fatte dalla *natura* di connessioni che questi intestini hanno nel ventre col gran sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare destra. Né alcuno ha dato sinora una sufficiente spiegazione, perchè alcune rena inguinali o scrotali fatte dalla diacosa del cieco si trovino odrenali al sacco erniario senza esser state giammai precedute d'alcun corso d'infiammazione *adesiva*. In oltre, nessuno si è occupato di ricercare, perchè di quest'ernie, in proporzione del loro volume, alcune siano libere da attacco col sacco erniario e conseguentemente riducibili. La spiegazione risulta da ciò che nel primo caso, come ho dimostrato, nella picciola ernia il fondo dell'intestino cieco, libero nel ventre da ogni attaccatura, lo è del pari entro l'ernia recente e di picciolo volume; mentre, al contrario, nell'ernia scrotale voluminosa di tal sorta il punto d'attacco della sommità del cieco a del principio del colon col grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare, discende tanto in basso dello scroto da formar parte del sacco erniario; la quale cosa tutte appariscono poco chiaramente della sola ispezione della qui unita tavola sesta.

§. XXXVI. Quanto grande debb'essere l'imbarazzo in cui si trova un chirurgo, il quale ignora di simili cose abbia aperto il sacco erniario per liberare dallo strozzamento un'ernia voluminosa fatta dal cieco intestino profondamente diacosa nello scroto, apparirà dal seguente racconto che ne fa il Padre (1). « Un giovanotto fortissimo mi pregò, scrisse egli, di fargli l'operazione dell'ernia scrotale che portava da parecchi anni, e che gli impediva di esercitare liberamente il suo mestiere. Dopo d'avergli più volte rifiutato l'operazione, l'ernia gli s'incarcerò la qual cosa, lungi dall'affliggerlo, lo consolò grandemente, e gli lasciò che finalmente nel sacro determinato ad operare. Di fatti ne riconobbi la necessità, e non restandi di dover aspettare la comparsa dei più gravi sintomi prima di acchiuggermi all'operazione. Conoccai perciò alcuni chirurghi perchè essi volessero prestarmi la loro assistenza colla mano e col consiglio feci l'incisione del tegumento e del sacco erniario; poscia tagliai ciò che faceva lo strozzamento, e procedetti alla riposizione delle viscere. Do-

po aver fatto rientrare una porzione d'ileo e di cieco, ho voluto far ripassare egualmente nel ventre altrettanto di mesenterio; e per fare ciò più comodamente ordina di alzare e di arrovesciare sul ventre gli intestini per indi poter respingere più facilmente il mesenterio verso l'orlo inguinale; ma ciò non fu possibile di ottenerlo, altro che il mesenterio era troppo grosso. Sarebbe stato necessario d'incidere per più di due dita trasverse l'aponevrosi dell'obliquo esterno al di là del tratto che ho ora tagliato, lo che avrebbe prodotto una ferita tanto ampia da dar esito ad una gran parte degli intestini. La risoluzione presa si fu di lasciare le viscere protruse nella posizione in cui si trovavano, di ricucinare le labbra della ferita e d'involuppare il tutto entro alcuni pannolini ammolliati nel decotto d'altra, e costrutti da un sospensoio. Il malato fu salutato abbondevolmente. Riposò egli una parte della notte, durante la quale il chirurgo assistente non cessò di bagnar l'apparecchio di due in due ore coll'assafetida decossa. Ancochè non ci fosse nè dolore nè febbre, il malato fu di nuovo salutato. Cominciò l'apparecchio trent'ore dopo l'operazione, continuando a bagnarlo nel modo detto di sopra. Questo modo di medicatura fu seguito per cinque settimane, dopo di che la piaga si è cicatrizzata, e mediante l'applicazione di un sospensoio il soggetto di cui si parla ha potuto riprendere l'esercizio del suo mestiere, che era d'incanalare d'osteria. Sio qui il Padre. Nel caso ora esposto, dopo che furono alzati ed arrovesciati gli intestini, ciò che questo celebre chirurgo ha riguardato come una porzione di mesenterio ingrossato, era senza dubbio, l'attacco *naturale* che la sommità del cieco ed il principio del colon hanno col grande sacco del peritoneo entro il ventre di dietro il fianco destro, e che nel caso sopra descritto era disceso nello scroto a formar parte del sacco erniario. E questa *naturale* aderenza *carnosa*, per la grande sua estensione e per considerabili vasi sanguigni ai quali serve di sostegno, non avrebbe potuto essere recisa senza che ne volesse risultare un gran tratto d'intestino: da che ne sarebbe seguita emorragia nel cavo del ventre, infiammazione e suppurazione del canale in-

(1) *Oeuvres posthumes*, T. II, pag. 352.

testinale. L'oscuro e difficile complicazione di queste cose non ha però indotto in errore quel valente maestro sul modo di compiere l'operazione, per cui questo fatto di pratica sarà mai sempre un prezioso documento dell'arte chirurgica, siccome quello che ci ha instruiti sulla possibilità di salvare la vita ad un inferno d'ernia scrotale, ancorchè tolta la cagione immediata dello strozzamento, non sia possibile di far ripassare completamente le viscere nel cavo del ventre.

§. XXXVII. VERRON (1) ci ha conservato un'osservazione non meno interessante da jappesi che la precedente, tratta pure da un'operazione eseguita da PERIT sopra un soggetto corpulento, affetto d'ernia scrotale dal lato sinistro, nel quale, dopo inciso il sacco erniario, non fu possibile di far rientrare l'ansa d'intestino fuori uscita. Dal complesso delle circostanze sembra che l'ernia della quale si parla, era fatta da quella porzione di colon sinistro, la quale sta naturalmente unita al grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare sinistra, poco sopra dei grossi vasi iliaci, indi discesa nello scroto (\*). Comunque siasi formato a rita, fatto certo è che l'intestino dopo lo strozzamento fu lasciato fuori del ventre a trattarlo colla sola applicazione dei pannolini bagnati di decotto d'elce, di potti intorno e sopra dello scroto, in maniera che facessero a un tempo stesso la veci di suspensorio. Questa meditazione fu continuata per due mesi. Frettando la suppurazione delle labbra della piaga, lo smagrimento generale del malato diedero l'opportunità, come dice l'autore, all'intestino di poter risalire ogni giorno più verso l'anello inguinale. Il fondo soltanto dell'ansa intestinale si eresse in vicinanza dell'anello fuori del ventre. Malgrado ciò l'ecologia non dell'esterna tocca di questa porzione d'intestino rimasta al di fuori, tutti la granulazione presentarono un punto d'appoggio alla cicatrice di tutta la piaga, la qual cicatrice si completò gradatamente procedendo dalla circonferenza della piaga al centro. Il malato guarì, ad eccezione che egli fu obbligato, durante il resto di sua vita, di portare un braghiera a

pollottola cosacca, ad oggetto di garantirla dalla pressione quella piccola porzione dell'ansa intestinale che era rimasta al di fuori, e che si era unita ai tegumenti con una comune cicatrice. SENNA (2), non ha guari ha partecipato alla società medica di Parigi che suo padre aveva osservato un caso perfettamente simile a questo, l'esito del quale era stato egualmente felice.

§. XXXVIII. ANNAON (3) si è pure incontrato lo ernia scrotale fatta dal cieco e dal principio del colon, complicata da aderenza, ed insieme da gangrena. « Nel 1732 fui chiamato, scrisse egli, ad assistere il signor Boudier, uomo di sessant'anni, il quale portava da vanti anni un'ernia scrotale della circonferenza di ventisei pollici, e che gli discendeva sino alla metà della coscia. Il tumore era molle, ed in apparenza disposto a rientrare. Il malato disse, che soltanto da quattro o cinque anni l'ernia gli aveva occasionato delle coliche, e che solamente da cinque giorni gli aveva eccitato della nausea e vomito, quantunque rendesse egli dei flati per recesso. Da questi segni conobbi, disse ANNAON, che l'ernia era aderente, e che perciò non vi era altro mezzo da tentarsi che quello dell'operazione. Quindi, aperto il tumore, trovai che conteneva una porzione di ileon, il cieco ed il principio del colon per la lunghezza di dieci pollici. Gli intestini erano aderenti al sacco erniario e fra di loro, ed in altre erano gangrenati in più punti. Intrapresi un'ora ed un quarto nell'incidere le aderenze a le briglie e che attaccavano il colon al sacco erniario, e finalmente non sapendo più qual partito prendere per finire l'operazione, mi determinai a recidare tutta la massa degli intestini fuori usciti, rasente l'anello inguinale; conveniva però prendere alcune precauzioni per evitare l'emorragia. Cominciai dal legare ad uno ad uno i vasi di quella porzione di mesenterio che sosteneva l'ileon; poscia quelli del mesocolon; dopo di che legai via tutta quella massa d'intestini in vicinanza dell'anello inguinale. Non eravi luogo a sperare che la maturazione avesse potuto ristabilire la

(1) Acad. R. de chirurg., T. XI, pag. 8.

(\*) Tav. VI, fig. III.

(2) Journal de med. par Sedillot, T. XVI, pag. 306.

(3) A dissertation on hernias, part. II, obs. XLII.

continuità del tubo intestinale, poichè l'ileon, il cieco ed il principio del colon si erano veramente allungiti insieme, che il colon era passato sopra l'ileon verso il lato interno, e l'ileon verso l'esterno, o via dalla parte della coscia; ed anbelino questi intestini avevano contratto una forte aderenza coi margini dell'anello inguinale. Ma siccome ancor dopo la recisione di tutta la massa degli intestini fuor d'asili, le materie fecali non uscivano liberamente per la piaga, così porvi per entro dell'intestino ileon un bitorino, e di un sol colpo legai lateralmente il detto intestino unitamente all'anello inguinale: dopo di che le materie fecali uscirono in copia per la piaga, e continuarono a fluire per dodici ore con grande sollievo dell'infermo. L'apparecchio convietto in una faldella spalmata di untore d'uovo, sostenuta da alcune compresse. Non ostante le molte legature fatte ei vivi del mesenterio e del mesocolon, l'emorragia ebbe luogo durante la recisione della massa d'intestini, e ricomparve nelle notte, per cui fu d'uopo ricorrere a topiri attingenti ed alla compressione. Nel giorno dopo l'operazione incominciò il singhiozzo che durò per tre o quattro giorni, e poi si sedò sotto l'uso dell'oppio dato a grandi dosi. In sei settimane il malato guarì, ed eccezione che gli rimase una fistola stercorea.

§. XXXIX. Da tutto questo racconto apparisce chiaramente che neppure l'Anasarca costituisce la vera essenza di questa malattia, o sia il vero modo d'eduzione degli intestini protrusi col sacco erniario; poichè se egli ne avesse avuto contezza, certamente egli si sarebbe astenuto dall'impiegare un'ara ed un quercio nell'incidere senz'altro profitto la prete non naturalmente aderente che lega il cieco ed il principio del colon al sacco erniario, e si sarebbe egli limitato al trattamento che conviene all'ernia non riducibile e gangrenata. Inappetito, quanto alle legature ed uno ad uno dei vasi del mesenterio e del mesocolon, prima delle recisioni della massa d'intestini fuor d'asili ed insieme allungarli, oltre che ella è cosa assai singolare ad eseguirsi, il fatto ha provato che non può mai essere praticata con tanta diligenza e precisione, quante si richiederebbe per metter erigine all'emorragia nell'atto della recisione degli intestini e dopo. Finalmente, quanto alla recisione delle

Scacca. Vol. II.

vincere protruse ed irreducibili, unicamente perchè ellorompia ed in preta vico gangrenate, non è questo, a mio avviso, un precepto da seguirsi, vedendo la spertenza dimostrata che in molti casi egli è meno pericolosa per il malato l'incidere soltanto per la sua lunghezza la porzione gangrenata dell'intestino, e con essa, accorrendo, il collo del sacco erniario e l'anello inguinale, onde dar libero esito alle materie fecali, che di troncare l'intestino irreducibile a dotato ancora di vitalità; poichè per poco che rimasta in esso esista forza vitale, la recisione portata sul medesimo intestino non fa che recrescere la gravità dei sintomi di paravite e generale irritazione. Al contrario, fomentando nell'ernia la porzione irreducibile dell'intestino, succede che le parti gangrenate di esso insensibilmente si staccano dalle sane, e quelle che conservano la loro vitalità si evolvono, formano la granulazione, e sono in fine ricoperte da cicatrice comune colla piaga dei legamenti.

§. XL. Ogni qual volta adunque accaderà di dover operare nell'ernia scrotale del lato destro, assai voluminosa ed antica con sintomi di strangamento, avrà dell'importanza del chirurgo l'indagare primariamente se vi sia motivo di credere che il tumore sia fatto dalle discese del cieco coll'appendice vermiforme ed il principio del colon. Ed avrà egli dei grandi motivi per sospettare che tale sia la complicazione di questa malattia, se l'ernia del lato destro dello scroto, oltre d'essere assai voluminosa ed antica, sarà anco di forma irregolare e bernoccolata. E cresceranno i sospetti, se l'ernia, finchè inguinale e di mediocre grossezza, fu riducibile, e non lo fu più o incompletamente, dacchè discese nel fondo dello scroto, senza però mai essere stata compresa da infiammazione o minacciata d'incarceramento. Inoltre se e mentre che l'ernia si è ingrossata ha occasionato coliche abituali per irritazioni, senza indizj d'interrotto corso delle fecce, le quali coliche sono state sempre alleviate sotto l'uso di leggeri purganti e di regolati clisteri con manifesta diminuzione di volume del tumore; se il malato comincerà d'essere stato molestato quasi abitualmente da un senso di peso e di vicinanza allo scroto dopo la digestione, e quasi sempre poco prima di scaricare le fecce; se nella regione ileo-



lombare destra dell'infermo vi è una manifesta depressione, un infossamento proporzionato al volume dell'ernia; se in fine l'incarceramento sarà stato prodotto piuttosto da gravi disordini nella dieta, e quindi da accumulamento di sostanze mal digerite, che da gagliardo sforzo con diressa d'una massa d'intestini maggiore di quella che poco prima entrava nello stomaco, cresceranno i dubbi che il tumore sia fatto dalla diressa del cieco colla sua appendice ed il principio del colon. In queste circostanze ed in questo particolare specie d'ernia i sintomi d'incarceramento non sono quasi mai urgentissimi, tanto a motivo dell'ampiranza del collo del sacco erniario, che della spessezza dell'aponevrosi dell'obliquo esterno e dell'aureola inguinale: la qual cosa è pure comune a tutte le varie ed antiche ernie scrotoali, ancorchè fatta dalla diressa dei trauj ingestinali. Non devono però i sintomi d'incarceramento, in ogni qualunque caso d'ernia, essere confusi con quelli prodotti da *colica per irritationem*, dipendenti dall'azione delle viscere al sacco erniario. Questo si deduce da ciò che nell'incarceramento dell'ernia antiche e voluminose si trova soppressione delle scariche alvine, dolore nell'ernia, vomito, singhiozzo, febbre; mentre nella *colica per irritationem*, simile in apparenza allo strotzamento, le materie fecali ed i flati passano liberamente per l'uso, e se un accrescono le scariche sotto l'uso dei purgantelli e dei clisteri, e se pure vi è nausea e propensione al vomito, ciò non è che a lunghi intervalli, nè vi è propriamente febbre, nè l'ernia, benchè accresciuta di volume e tesa, è molto sensibile al tatto. In queste circostanze la speranza ci ha inegual di non ricorrere con troppo di sollecitudine all'operazione dell'erniotomia, e di avere molta fiducia nei leggeri solutivi, o in frequenti clisteri, o nelle applicazioni fredde sull'ernia. Ma supposto ora che l'ernia vasta ed ingrossata formata dal cieco intestinale sia compresa veramente da strotzamento, sicchè per liberare il malato da sì pericoloso accidente sia assolutamente necessario il taglio, il chirurgo vi si accingerà guidato dalla riflessione che le viscere discese, e motivo della particolare loro compressione col sacco erniario, non sono suscettibili d'essere ridotte completamente nel ventre. Per la qual cosa, non essendosi il più piccolo sospetto di

gangrena, e sapendosi d'altronde che in questo caso, come in tutti quelli di vasta ed antica ernia scrotoale, il collo del sacco erniario non è giammai la cagione immediata dello strotzamento, il chirurgo, tagliati i comuni legamenti, aprirà l'anello inguinale e lo fenderà per di fuori con mano sospesa, senza punto offendere il sottoposto collo del sacco erniario, ed in tal guisa metterà le viscere fuori nate in libertà senza esporle al contatto dell'aria, e con dolci pressioni sul tumore farà riprendere il corso alle accumulate fecce ed ai flati, e procurerà insensibilmente di far rientrare quanto più potrà le viscere protruse. Se poi per incarceratione o per mancanza di segni abbastanza certi della discesa del cieco, o perchè vi sono indizj di gangrena, sarà stato aperto il sacco erniario, il chirurgo in simili circostanze non si dipartirà dalla condotta stata tenuta dal Pagni; cioè innanzi ciò che formava lo strotzamento e respingerà nel ventre lo stomaco e l'alto di canale intestinale sano che sarà disposto a rientrare; indi ricoprirà le viscere col lembo del sacco erniario e con quelli della ferita dello scroto, ed ivi svilupperà il tutto entro morbidi pannicoli bagnati nel decocto di malva o d'altea, che avrà cura di umettare di due in due ore tanto di giorno che di notte. In progresso, non mai trascurati gli interni ed esterni precidj soliti praticarsi in seguito dell'operazione dell'ernia incarcerata, la natura colle proprie sue forze ritirerà entro il cavo del ventre una parte delle viscere forrenti al sacco erniario, e ciò di esse che rimarrà al di fuori si esfolierà e si coprirà di granulazione, e sarà compreso da coazione cicatrice coi legamenti dell'inguine e dello scroto. Rimarrà senza dubbio nell'inguine un tumore più o meno grosso, secondo la maggiore o minor porzione d'intestino cieco ritenuto al di fuori, per garantirsi il quale dalla pressione, e per impedire che col lasso di tempo si accresca onoramente di volume, il malato porterà pel resto della sua vita un cinto a pallottola coarctiva. Del resto, giova osservare che la norma ora esposta intorno al trattamento dell'ernia voluminosa ed antica, fatta dalla diressa del cieco e dal principio del colon in stato di incarceratione, è di pari ragione ed applicabile a tutti i casi d'ernia scrotoale voluminosa fatta dagli altri intestini, e non indifferenza d'indenna sorta al sacco erniario, ma che pel moti-

vo solamente della loro grande massa non sono più suscettibili di riposizione, ed hanno, per così dire, perduto il diritto di domicilio nel ventre.

### OSSERVAZIONE (1).

Un uomo di 36 anni robusto, facente il mestiere di spaccacammino, ebbe ricovero nello spedale di Torino per ernia scrotale del lato destro che portava dalla infanzia, e che di recente gli si era incarceratione. Alle continue rassicurazioni di incarcerationamento si era aggiunto un calcio che l'infermo aveva riportato da un salto nella matita destra. I sintomi di gangrena nell'ernia essendo manifesti, il valente Prof. Rossi poté immediatamente ad incuore il tumore. L'incisione del sacco erniario richiedette molta circospezione a motivo delle aderenze che le viscere fuori uscite avevano contratto col sacco erniario. Aperto finalmente il sacco, comparvero due volute d'intestino ileon urtate livide, e dietro di esse il cieco intrinseco coll'appendice vermiforme. Nell'atto di sciogliere alcune di quelle aderenze aderentizie, venne lacerata l'appendice vermiforme, la quale era già in molta parte sfarfallata, e dalla quale uscì alcun poco di liquido mucoso nerastro, e di odore fecale. Le naturali aderenze del cieco, e del principio del colon furono lasciate intatte, e, tolto lo strozzamento, fu riposta nel ventre quella porzione di intestino ileon la quale era libera da ogni aderenza. Rimase quindi al di fuori il cieco col rimasuglio dell'appendice vermiforme, ed inoltre una porzione d'omento indurita, ed era preaderente al sacco erniario. Il tutto fu coperto da un pannolino sofficie intriso d'olio d'oliva. Sotto l'uso degli antilogistici, dei blandi solutivi, e dei frequenti clisteri la fecce ripresero il corso loro naturale, e poco di materie fecali uscì dalla rolla appendice vermiforme. Nel quarto giorno, alla rinnovazione dell'apparecchio, il cieco col residuo della appendice vermiforme apparve con rosiggianti. Pochi altri giorni dopo le stesse viscere si mostrarono coperte di granulazione. Durante questo benefico processo

della natura, l'intima tonaca villosa dell'appendice vermiforme si rovesciò all'infuori a modo di lunghezza dalla quale continuò ad uscire alquanto di fluida materia fecale. Da quest'epoca in avanti la piaga, sotto l'uso dei topici blandi, si strinse in se stessa, e si coprì in fine di ricatrice. Il lacerato margine dell'appendice vermiforme per ultimo si chiuse del tutto sotto una moderata pressione. La guarigione non pertanto fu protratta alla fine del terzo mese a motivo d'un scacco formatosi nel fondo dello scroto. Il soggetto di cui si è parlato fu curato d'un rinfio a pallottola canova.

§. XXI. Ho dimostrato superiormente che il fondo dell'intestino cieco, o sia la porzione sua libera e mobile, può formar ernia nell'inguine senza che le falde e briglie membranose che tengono legata la sommità di quest'intestino ed il principio del colon al grande sacco del peritoneo nella regione ileo-lombare destra, discendano di qua dall'angolo inguinale. In questo caso la completa riposizione del cieco è sempre possibile prima dell'incarceramento e dopo tolta la cagione immediata di quest'accidente. Quando ancora poi per motivo di strozzamento il cieco intestino fosse preso da gangrena, non perciò, come negli altri casi d'ernia guagnata, verrebbe posto interrotto il naturale corso delle fecce, o se ciò accadesse, non sarebbe che per breve tempo. Quest'asserzione, per verità, non bisognerebbe di prova per chi conosca la natura: in ogni modo non sarà inutile a questo proposito il riferire la seguente osservazione. « Un uomo di trent'anni (2) cadde malato con tutti gli accidenti di strozzamento d'una ernia inguinale del lato destro, e l'egli portava da lungo tempo. In questo miserabile stato egli rimase per quindici giorni. Quando finalmente fu chiamato il chirurgo, la gangrena aveva occupato lo scroto e l'intestino. Separata la gangrena, gli accenti per breve tempo uscirono per la piaga; poi ripresero il corso loro naturale, e nello spazio d'un mese il malato si è trovato perfettamente guarito. Trentadue anni dopo, il soggetto di cui si parla, cessò di vivere per tutt'altra malattia. Il desiderio di sapere come dopo la perdita d'una porzione di tubo inte-

(1) *FELDER'S BRISTOL DISTRICT*. De hernia inguinali immobili. *Tourin* 1812.

(2) *Med. Observ. and Inquiries* T. III, pag. 64. Vedi la qui unita Tav. IX, fig. IV.

stinale le fecce avevano ripreso così acceleratamente la via naturale, determinò il signor Baxx ad latitare un esatto esame del cadavere di quest'uomo. Trovò egli che la gangrena non aveva distrutto che il circo intestino col-l'appendice vermiforme, e che erano rimasti nella loro integrità il fine dell'ileo e il principio del colon, per cui libero e spedito si era conservato il passaggio delle materie fecali dal tubo intestinale tutto al reaso. Nell'antrassa figura vedesi chiaro che nella formazione dell'ernia le briglie ed i ligamenti membranosi della sommità del circo e del principio del colon erano discesi in prossimità dell'anello inguinale (1). Ma non lo avevano oltrepassato.

§ XLII. Alle comparsizioni dell'ernia In-carcerata si riferisce quella stato dell'omento fuori uscito, per cui, dopo tolta la ragione immediata dello strozzamento, non giova, o per molti motivi non è possibile, la riposizione del medesimo nel ventre. Axxaxo in simili circostanze (2), e principalmente quando l'omento fuori uscito era infiammato, erimoso, continuo, duro, disteso, e voluminoso assai, aderente al arco erniario per molta estensione, solera legarlo strettamente in vicinanza dell'anello inguinale, a condimento però di tenerlo pronto a tagliare la legatura al primo comparire de' sintomi continui dello stomaco e del canale intestinale, arromer sono la nausea, il vomito, il singhiozzo, i dolori acuti di ventre, principalmente d'intorno la ragione dell'ombelico. Inorsero aramente contro questa pratica Vassier (3), Pwlar (4), Pauter (5), Port (6), asserendo esser essere costantemente ilaotoma, e perciò da escludersi ooninamente dalla chirurgia, la legatura dell'omento. Porto in qualche perplessità dall'opposta dottrina di valentissimi pratici, ma inpra tutto dal precetto d'Axxaxo, di starsi in guardia ai sintomi consensuali, ed al primo apparire di questi, di recidere la legatura (7) che mostra essere questo un mezzo assai dubbio e pericoloso, ho preso già da molto tempo il partito di tenere una via di mezzo fra

gli anvidetti due modi di trattare l'omento fuori uscito e non anacettibile di riduzione; cioè di trasferire al trattamento dell'ernia, e praticare in questo preciso caso ciò che nella prima mia giovinezza aveva veduto fare e poi ho fatto in medesimo con felice successo, in occasione di ferite penetranti il basso ventre non usita d'omento che per varj motivi non era stato riposto. Aveva io osservato replicatamente che talora la porzione protrusa dell'omento si appassiva e cadeva da sé, ma che il più delle volte la massa d'omento fuori uscita, lungi dal passare alla mortificazione, si rattivava ed assumeva l'aspetto d'una fungosità rosacea, la quale soppravveniva su tutta la superficie, senza mostrare la più piccola disposizione a staccarsi dalla ferita, ancorchè trascorse fossero due settimane dall'arridente. In altri casi simili aveva io rimarcato che erano insorti sintomi consensuali assai formidabili poco dopo la stratta legatura dell'omento insinuita alcuni giorni dall'uscita d'una porzione di questo viscere dal ventre; quando, cioè, la protrusa massa d'omento si teorava nello stadio infiammatorio, a motivo dei quali sintomi era stato necessario di recidere il laccio al più presto in conformità del precepto d'Axxaxo. Al contrario di tutto ciò, oggimai volta la fungosità rosacea dell'omento, dopo alcuni giorni dall'accidente, erasi raperta di soppurazione mucosa con incipiente estofogliazione della sua superficie, e con segni manifesti di sterenza contratta colle labbra della ferita dell'addome, la legatura di codesta massa rosacea omentale, moderatamente stretta sul principio, poi serrata gradatamente più, ha costantemente prodotto l'am-mortimento e la caduta della massa medesima, senza occasionar al malato dolore considerabile o alno'altra maniera di disordine consensuale delle viscere addominali. Diritto la scorta di queste osservazioni, ho regolato la mia pratica in que' casi d'ernia incarcerata, no' quali l'omento pei motivi sopra indicati non era riducibile nel ventre. In simili casi

(1) *Tau. IX. fig. 1P. D.*

(2) *Mém. de chirurg., T. II, pag. 627.*

(3) *Acad. R. de chirurg., T. VII.*

(4) *Mém. T. VIII.*

(5) *Oeuvres posth., T. III, pag. 163.*

(6) *Chirurgical Works, T. III, pag. 259.*

perciò, reso libero l'omento nell'ernia non nuovo dello strassamento che da qualunque altiero col moro ernia, eccetto quello che poter aver contratto col collo dal raro sterno nella regione dell'agilo inguinale, io abbia ridotti per costume d'introdurre l'altro la fuori uscita portatore d'omento in un pannolino finissimo, ripulito d'unguento semplice o di storace, onde impedire che rimanesse al posto in cui si trovava, esso contragga aderenza nuovamente col sacco erniario o colla labbra della piaga dello scroto; indi, cessati i sintomi dell'infiammazione consecutiva all'operazione, e confortata la rugiada soppressione colla superficie dell'omento ritenuto al di fuori (lo che ha luogo dieci o dodici giorni dopo l'operazione), introdurrem l'allacciatura d'intorno l'omento in vicinanza dell'anello inguinale, la quale allacciatura lo stringe moderatamente nei primi giorni, poi gradatamente più nei successivi, finchè tolta la massa sanguigna e torrefatta divenga livida e nera, e si stacchi in fine completamente dalla zona in vicinanza dell'anello.

§. XLIII. Dopo la pubblicazione di quest'opera, ho letto con compiacenza fra le eccellenti osservazioni del celebre chirurgo Hux (Practical. Observ. pag. 180.) il seguente caso, il quale comprova l'utilità, e la ricorrenza di legare l'omento irriducibile colle precauzioni da me sopra esposte in confronto dei danni, e pericoli ai quali rimane esposto l'infarto dopo la legatura dell'omento, quale si praticava per l'addietro.

« Io un uomo operato d'ernia scrotale in-  
« carcata, l'autore tirò fuori del ventre  
« una massa d'omento non minore in peso  
« u di sei once, e questa irriducibile. Copi egli  
« quella massa con fialela ripulita d'uo-  
« guento. L'ochi giorni dopo, la granolazione  
« cominciò a mostrarsi sulla superficie di  
« quella massa inguendiosa. Nel settimo gior-  
« no dall'operazione egli la tirò via legger-  
« mente in vicinanza dell'anello inguinale con  
« filo di seta cerato, in modo però, che lo  
« stesso malato avrebbe potuto scioglierne il  
« laccio qualora fosse insorto qualche ri-  
« stro accidente. Non ne comprava alcuno;  
« u si continuò a stringere, soggiunge l'au-  
« tore, l'allacciatura ogni giorno più, inse-

« rendo della filace nelle fraditure che la-  
« scia il dirlo di se il laccio approfondando  
« ri. Nel 17 giorno il peduncolo della massa  
« pinguedinosa essendosi ridotto a poca co-  
« sa, fu reciso. Quarta pietra portatore pe-  
« rò contenta un'arteria di tale calibro  
« che fu dopo legarla. Dopo di ciò la pia-  
« ga procedette regolarmente verso la cica-  
« u trice ».

Tale appunto era la pratica da me seguita rito alla pubblicazione di quest'opera: ne mai in conseguenza di questa ho veduto necessitare riparmi parziali o generali, infiammazione interna, asportamento di sangue. L'ulteriore mia esperienza però, e quella dei più esercitati moderni chirurghi mi ha insegnato, che la recisione dell'omento irriducibile non è un'operazione formidabile come pare, perchè si leggano l'occorrenza le arterie epiploiche, e per anco le vene che gettano sangue abbondantemente più di respingere fra l'anello la porzione ridotta dell'omento. Malgrado ciò, non sarà senza qualche interesse per le persone dell'arte il sapere, che sotto certe circostanze, a certe precauzioni, si può legare l'omento impunemente, e che in qualche particolare reso questo modo d'operare potrebbe forse meritarsi d'essere preferito alla recisione.

§. XLIV. Nella precedente Memoria (1) ho accennato alcune complicazioni dipendenti da tumori acquosi del cordone spermatico o della vaginale del testicolo associati all'ernia scrotale, ed aggiungersi quello che deriva da copia ridondante di sierosità nel sacco erniario. Qualunque sia la difficoltà che consiste complicazioni possano opporre all'esatta dirigenza dell'arnia intestinale scrotale libera, non ne presentano alcuna sul conto dell'operazione del taglio, qualunque volta l'eroio è presa da strassamento; poichè gli accidenti che accompagnano l'infiammamento dell'intestino mortale chiaro l'indole della principale malattia, ed impongono la necessità dell'operazione, per mezzo della quale si ha insinuazione il riantaggio di mettere allo scoperto ciò che forma la complicazione dall'arnia, e di curare radicalmente l'una e l'altra infermità. Serrano a scabare quest'articolo le due seguenti osservazioni. Una risulante di

medicina in età di ventinove anni ebbe la disgrazia che gli s'incroccava l'ernia eh' egli portava da più di quindici anni nel lato sinistro dello scroto, alla quale egli non aveva mai potuto sottrarre un conveniente sintomo, perchè nelle prime non ne aveva potuto soffrire la pressione benechè leggiera, poi perchè, ingrossato il tumore, le parti fuori uscite non si erano più prestare ad una completa riduzione. Al primo comparire dei sintomi d'incarceramento aveva egli chiamato in suo soccorso il fu signor CENA, primario chirurgo di questo spedale, ponendo sceleratamente avere anche il mio potere. L'ernia era lassa e di un volume più che mediocre, e tenuta una posizione eh'io non aveva mai veduto la simile, poichè il fondo del tumore era estremamente sollevato e come spinto all'insù da un corpo situato dietro dell'ernia, il qual corpo non era certamente il testicolo, poichè questo si sentiva al tatto distintamente nel fondo dello scroto, e più in basso che l'ernia. I sintomi di strozzamento essendo insignificanti, il nominato chirurgo passò all'operazione in mia presenza. Si trovò che il sacco erniario conteneva pochissima acqua ed un'ansa d'intestino tenue leggermente fissa, e della lunghezza di tre in quattro pollici. Fatta l'incisione del collo del sacco erniario e dell'anello, non che riposto l'intestino, rimaneva tuttavia al di fuori un tumore molle, cedente e ripieno manifestamente di un fluido. Fu inciso questo tumore, e ne uscì certa quantità di siero. Nel fondo comparve una sostanza vescicolare gelatinosa che fu sollevata colle pinzette ed esportata con alcuni colpi di forbice, e videsi chiaro che all'ernia intestinale scrotale essai associato posteriormente l'idrocele *cistico* del cordone spermatico. Nel corso di sei settimane il malato si è trovato guarito d'ambedue queste infermità. In proposito poi dell'idrocele del sacco erniario complicato coll'ernia intestinale scrotale, il dì 12 dicembre 1807 fu trasferito in questa scuola di chirurgia Domenico Orlandini del luogo di Rogmano, giovane di ventinove anni, robusto ed assai pugnace, travagliato da crua scrotale imarcescata, di enorme volume. Narra egli che l'ernia data da otto anni in seguito di gagliardo sforzo; che il giorno prima dell'incarceramento essendo egli stato obbligato di fare una corsa forzata a cavallo per un'ora e mezzo, gli si era spezzato il cioto

prima della metà del viaggio, e che smontato da cavallo, si era trovato lo scroto di una grossezza straordinaria, nonchè in oltre, dolor vivo nell'inguine e proclività al vomito. Il tumore non aveva meno di sedici pollici di circonferenza, e col suo volume nascondeva quasi interamente il pene, largo in basso, stretto superiormente verso l'anello, eguale e liscio in quasi tutta la sua superficie ed elastico. Sembrava un vasto idrocele, e si avrebbe preteso per tale, se oltre le procedure non vi fossero stati segni manifesti d'intestino incarcerato. A stento però poteva persuadermi che quell'ampio tumore fosse fatto per la massima parte da acqua raccolta nella vaginale del testicolo o vero nel sacco erniario, poichè il malato non aveva mai avuto indizio il più piccolo di effusioni sierose nello scroto, come perchè, per replicata asserzione dell'infermo, l'ernia nel corso di otto anni non aveva mai oltrepassata la grossezza d'un uovo di gallina, nè eravi luogo a credere che tant'aliqua fosse discesa dal cavo del ventre nello scroto in un giovane d'altitudine minimamente robusto. Sospettiva piuttosto, avuto riguardo all'obesità del soggetto che sotto gli sforzi di cavalcare fosse discesa una grande massa d'omento, quantunque rimanesse ancora qualche dubbio, come in sì breve tempo il sacco erniario avesse potuto prestarsi ad una sì grande distensione, e perchè il tumore aveva piuttosto l'aspetto e l'elasticità di un vasto idrocele, che di una grossa ernia composta d'intestino e di omento. Ciò se di ciò non cadeva dubbio alcuno, si fu l'impossibilità di far rientrare quelle parti senza il taglio; tantò più che i sintomi d'incarceramento focali non più fortemente di prima. Al primo aprire del sacco erniario nararono pes di la circa tre libbre di siero giallognolo, e con tal aspetto, come appunto se si fosse aperto un lago idrocele. L'ernia era la scrotale *vulgare*. Nella sommità del sacco si presentò un'ansa d'intestino tenue della lunghezza di due pollici, edematosa qua e là, nè pare la più piccola porzione d'omento. Tolta la cagione immediata dello strozzamento, l'intestino fu riposto. Il malato ebbe tosto delle abbondanti scariche di ventre, e la cosa procedette regolarmente, nè mai si è trovato l'apparecchio baguato di sieri proceduti dalla cavità del ventre. In sette settimane la pingu anclora cicatrice.

§. XLV. Quanto alla cura locale consecutiva all'operazione dell'ernia incarcerata, se il tumore era piccolo, e di recente data, ed il sacco erniario non sarà stato di troppo ispessito, ed isolato dai tegumenti, e dalle cautele nelle quali era inchiuso, si potrà tentare la guarigione della ferita per *prima intrusione* approssimandone la labbra per mezzo di collette di cerrotto, ed impiegando una discreta pressione a preferenza dei vuoti di coitura. Al contrario, se il tumore sarà stato di più che di mediocre grossezza, e di vecchia data, essendo inevitabile la suppurazione del fondo della piaga, la cura per *granulazione* sarà da preferirsi alla prima.

E perciò che riguarda la cura interna giova osservare, che quanto è utile dopo le altre gravi operazioni l'uso dell'oppio, altrettanto è nocivo dopo l'erniotomia, a motivo che l'oppio si oppone all'espulsione della primaria indurimento, quella cioè di promuovere al più presto le evacuazioni alvine. Buona regola si è quella inoltre di non prescrivere i blandi purganti se non dopo che, medianti i clisteri, le materie fecali hanno cominciato a fluire. Taleolta, anco dopo l'operazione la meglio eseguita, sussiste intorità in alcuni individui assai irritabili non tendenti al comito, malgrado la facilità delle evacuazioni alvine, e la niuna tensione del ventre. In questo caso utilissima è la *mistura effervescente* del Rivero, il *liquore annodino*, e simili. In tal altro caso le evacuazioni alvine sono smodate, e minacciano di esaurire le forze dell'infermo. In queste circostanze giova il discordio solto nel cibo malessimo, l'oppio, il vitto nutriente, e di facile digestione.

Finisce questa Memoria coll'avvertire gli iniziati nella pratica della chirurgia che non sempre l'esito dell'erniotomia corrisponde all'accortezza colla quale è stata eseguita, per due principali motivi; cioè perchè l'infiammazione da cui l'assa intestinale era stata compresca, riposa che sia, si propaga nel ventre; o perchè la porzione di intestino, sulla quale è caduta la pressione, divenuta inservibile per ingrossamento delle sue tonache,

e per inerzia delle sue fibre, si oppone al corso delle materie alimentari. Nel primo caso rimane qualche speranza per la salute dell'infermo nella cura antiflogistica energicamente amministrata; nel secondo non avviene altra che nello scoppio della porzione disorganoica dell'intestino di contro le labbra della esterna ferita, e quindi nella formazione dell'eno artificiale.

## MEMORIA TERZA

### SULL'ERNIA FEMORALE

§. I. L'ernia femorale si incontra spesso nelle donne le quali hanno figliato più volte; di rado nelle fanciulle; non frequentemente nei maschi. In questi succede più facilmente che le viscere protruse segnano il corso del cordone spermatico, e facciano disarcare l'anello inguinale, di quel che, discendendo lungo il lato interno delle vene femorali, pervengano a dilatare l'anello *crurale*, a sollevare l'arcata femorale (1); la qual cosa è precisamente al contrario nelle femmine; sì perchè gracile è in esse il ligamento rotondo dell'utero in istato di non gravidanza, ed a guiso il canale che percorre volendo ligamento sin all'anello inguinale; ampio il loro bacino in confronto di quello dei maschi; maggiore che nei maschi la distanza dalla cuffia del pube alla sede della pelvi per cui discendono i cordi femorali; minore al contrario che nei maschi il tratto preso dai vasi femorali alle spiose anteriore e superiore del fianco; come perchè in fine nelle donne l'anello inguinale, oltre d'essere più ristretto che nei maschi, è altresì situato più in basso che in essi, ed in maggior vicinanza del pube.

§. II. Nella prime di queste Memorie ho fatto menzione dell'origine, e della inserzione del ligamento fallopiiano, per quanto poteva

(1) *Journal de Med.* Vol. XVI. Janvier 1809. Un fanciullo in età di sette anni si era rispiato nel ventre il testicolo sinistro. Dieci anni dopo, essendosi verisimilmente ristretto oltre modo l'anello inguinale, gli uscì il testicolo per di sotto dell'arco femorale con tutti i sintomi d'ernia incarcerata, per cui dovette subire l'operazione.

hasiare a far conoscere la posizione, direzione, e struttura del canale inguinale destinato a trasmettere nel maschio il cordone spermatico, e nella donna il ligamento rotondo dell'utero. Ora ad oggetto di dimostrare cosa debba intendersi per anello crurale, e quale sia la origine, o sede precisa dell'ernia femorale, e le relazioni che questo tumore intrattiene coll'arteria femorale, tanto dal lato col quale riguardava il cavo del ventre, che al di fuori, mi è dopo di entrare in più numerosi, e più minuti dettagli di quanto ho fatto nell'antidetta Memoria sul conto del ligamento fallopio, e segnatamente intorno al modo, tutt'affatto particolare, con cui questo ligamento si inserisce nel pube.

Il ligamento fallopio non è naturalmente teso in linea retta dalla spina superiore, ed anteriore del fianco del pube (1) ma descrive due curve di diseguale sinuosità. La superiore (2), e più vicina al fianco, colla sua convessità diretta in basso, occupa il tratto che si stende dalla spina superiore ed anteriore dell'osso del fianco alla proximissima ossa ileo-petilinea; la seconda (3) inflessione leggermente convessa all'insù, o sia in senso opposto alla prima, tiene lo spazio che vi è fra la prominenza ileo-petilinea ed il pube. Egli è a questa seconda curvatura del ligamento fallopio cui propriamente è stato dato il nome di *arcata femorale*. Per di sotto della prima curvatura, la più vicina al fianco, discendono dalla pelvi alla coscia i muscoli iliaci interni, ed il psoas, e con essi il nervo crurale anteriore, ed i nervi filamenti procedenti dai nervi lombari. Ascendono per di là parecchi tronchi di linfatici spettanti all'arto sottoposto, ed alcuni altri provenienti dal dorso, dalla ascello, e dalla parete addominale esterna. Per di sotto della seconda curvatura, la più prossima al pube, ed in stretto senso l'*arcata femorale*, discendono dal-

l'interno del fianco alla sommità della coscia i grossi vasi femorali, e si ascendono i più copiosi tronchi dei linfatici dell'arto corrispondente, corredati delle loro ghiandole, circondati da un molle tessuto cellulare che li circonda di guisa.

L'inserzione del ligamento fallopio nel pube, giacchè dal caso della pelvi, si presenta sotto un aspetto tutto diverso da quello che vedesi esternamente. Imperciocchè al di fuori della pelvi questo ligamento ha la forma d'una fascetta tendinosa, la quale, poco prima della sua inserzione nel pube, si allarga alcun poco (4). Ma riguardato questo stesso ligamento dal cavo della pelvi in proximith della sua unione collo spina dell'osso del pube apparisce come consistendo in una triangolare espansione (5) il vertice della quale si pianta nell'angolo del pube, e la base si prolunga all'indietro verso il fianco, sin in vicinanza del lato interno della vena femorale prossima ed uscire dalla pelvi per di sotto dell'arcata femorale. BASSACCI (6) fa derivare questa triangolare ligamentosa produzione dall'infimo margine dell'aponevrosi del muscolo trasverso dell'addome. Qualora non s'egliasi riconoscere qual'espansione dell'estremità inferiore del ligamento fallopio, a me pare piuttosto che si dovrebbe riguardare come procedente dalle due porzioni dell'aponevrosi *fasciata*, come dimostrerò fra poco. Dei due lati di questo triangolare ligamento, il superiore ed anteriore inclinato all'assutà (7) è unito al margine esterno del ligamento fallopio; l'altro lato, o sia l'inferiore ed interno, inclinato verso il cavo della pelvi (8), segue l'andamento della *cresta* del ramo orizzontale dell'osso del pube, nella quale *cresta* si inserisce. A questa triangolare ligamentosa espansione è stato assegnato il nome di *Ligamento di Gimbernat* (9) dal nome dell'autor il quale l'ha diligentemente descritto, e succe-

(1) Tav. XI, fig. I, II.

(2) Idem fig. I, a. b.

(3) Idem b. c.

(4) Idem c.

(5) Idem fig. III, a. a. b. c.

(6) *Concours pour la place de chef des travaux Anatomiques*, pag. 125-126.

(7) Tav. XI, fig. I, l. p.

(8) Idem fig. II, d, fig. III, a. c.

(9) *Nuevo método d'operar en l' hernia crural*, Madrid 1793.

chè malamente e dell'nesto. La base di questo triangolare ligamento è scavata a modo di lume crescente (a) con margine rigido ed unto.

Per poco che vogliamo riflettere sulla posizione, e sulla estensione di questo triangolare ligamentoso alpario, il quale riempie l'intervallo che trovasi fra l'angolo del pube e l'uscita alla coscia del vasi femorali, si comprende chiaramente, che senza la interposizione di questo triangolare ligamento di Gimbernat, l'arcata femorale quivi sarebbe delcolissima, ed incapace di resistere all'urto ordinario delle viscere addominali.

La posizione, e direzione che tiene il ligamento di Gimbernat nell'uomo lo piedi paragonata colla posizione, e direzione del ligamento fallopiiano prossimo ad inserirsi nel pube, mostrano di non essere le stesse per l'uno e per l'altro di questi ligamenti. Imperciocchè il ligamento fallopiiano corre dal fianco al pube in linea pressochè parallela alla pargatura della coscia, mentre il ligamento triangolare di Gimbernat giace in un piano inclinato dall'avanti all'indietro verso il cavo della pelvis (a); la qual cosa apparisce manifeste facendo attenzione, che il lato anteriore di questo ligamento attaccato alla lettiera anteriore del fallopiiano ligamento porge all'innanzi, mentre il posteriore lato di esso, tegnendo l'andamento della *erezza* del ramo orizzontale del pube, tende all'indietro, e diverge dall'angolo del pube verso l'osso mero quanto più la *erezza* del ramo orizzontale del pube si avvicina alla prominenzia ileo-pettinea.

Fra la base *semilunare* del ligamento di Gimbernat, ed il lato interno della vena femorale avvi un intervallo coperto da una membrana di figura pressochè ellittica (3). Questo intervallo è stato denominato giustamente *anello crurale*, sì perchè, non altrimenti che nell'inguine, le viscere discredono per questo spiraglio a formate ernia, come perchè nell'incrociamento delle medesime

viscere la massima pressione che esse soffrono è fatta da questo anello. Si può dire altresì, che quivi pure, come nell'inguine, avvi un *canale* (4) poichè l'inclinazione dell'avanti all'indietro del ligamento di Gimbernat, e quindi la distanza dalla *erezza* del ramo orizzontale del pube alla fettuccia anteriore del ligamento fallopiiano, non è minore di mezzo pollice, cioè quanta è la larghezza del piano osseo del ramo orizzontale del pube in vicinanza della prominenzia ileo-pettinea. Questo canale, come si mostrerà in seguito, è tagliato a mo' di penna da scrivere, sicchè la parete superiore ed anteriore di esso è più breve della posteriore. Inoltre egli è del tutto distinto dalla vena guisa sponevrolita dei vasi femorali.

§. III. La connomine artificiosa del ligamento fallopiiano, non che di quello di Gimbernat colle due insigni sponevrosi, la *fascia lata*, esternamente alle pelvi, e l'*iliaca sponevrosa* internamente, inoltre colla *tela traversale* dell'addome, merita la più attenta considerazione di coloro i quali desiderano di avere una idea esatta della struttura dell'*arcata femorale*, ed insinuatamente del modo con cui si forma l'*eroia* dello stesso nome, dei fenomeni che l'accompagnano, e del metodo curativo della medesima.

E primariamente, quanto all'*sponevrosi fasciata*, rimonta la *tela superficiale*, detta *unco fascia superficiale*, della coscia, all'ovale descritta (5) e con essa le ghiandole linfatice inguinali esteriori, e profonde in un col molle tessuto cellulare che le circonda, si presentano nella sommità della coscia l'*sponevrosi fasciata* nitida, e lassa. Quest'*sponevrosi* la di cui origine dal coccige, e dal mero, stesa sopra i glunz muscoli, risale alla cresta del fianco, avuto riguardo alla sua densità, è distinta dalla natura stessa in due provincie; cioè la quella dal lato del fianco, ed in quella dal lato del pube. La prima (6) più densa, e compatta dell'altra, occupa il margine esterno

(1) Tav. XI. fig. I. n. fig. II, e fig. III, d.

(2) Tav. XI. fig. I. n. fig. III, b, a. n.

(3) Idem fig. I. n. fig. II, e fig. III, d, s.

(4) Idem fig. I. n. q.

(5) Memoria Primo §. III.

(6) Tav. XI. fig. I. C.



delle sommità del femore, ed apparisce per-  
tugiata que e là (1) per la trasmissione di va-  
sellini cutanei. Inchiude ella dietro di se la  
origine del muscolo sartorio, e quella del  
retto della coscia; indi, ascendendo, va ad in-  
serirsi fortemente nel margine esterno del  
ligamento fallopiato, dalla spina superiore al  
anteriore del fianco al punto d'uscita dei vasi  
femorali (2). Dopo di ciò l'aponevrosi di lei  
si parla fa una piega *falciforme* (3) la di cui  
convexità è rivolta al pube. Questa piega *fal-  
ciforme*, armonizzata i vasi femorali, si incur-  
va sull'apice suo superiore (4) per disotto del  
ligamento fallopiato, cui fassi aderente, e va  
ad unirsi al corno anteriore ed esterno che  
risulta dalla base *semilunare* del ligamento di  
Gimbernat (5); quindi, come si diceva, la ge-  
nesi di questo ligamento, qualora esso non  
vogliasi riconoscere quale epimioe dell'o-  
stracità inferiore del ligamento fallopiato.  
L'estremità opposta della piega *falciforme*  
si incurva alcun poco lungo la coscia dal bas-  
so in alto (6) e colle sue sinuosità limita il  
fondo d'una fossa *ovale* nelle sommità della  
coscia (7), or più or men larga e profonda, se-  
condo che la piega *falciforme* è più o meno  
pronocciata, ed estesa. Un dei lati della fossa  
*ovale* ora nominata è fatto dal tagliente della  
piega *falciforme*, l'altro lato di essa fossa del  
capo del muscolo pettineo. Per disopra di  
questa fossa *ovale*, dalla parte del fianco, a-  
scende il tronco della vena *saphena* (8) prosimi-  
mo ad inserirsi nel margine interno della ve-  
na femorale. Il fondo della fossa *ovale* è occu-  
pato principalmente dalle ghiandole inguina-  
li *infestiche profonde*, da tronchi dei vasi  
dello stesso nome, e del tessuto cellulare.

Questa intiera provincia dell'aponevrosi *fa-  
sciculata*, meno l'apice superiore della piega  
*falciforme*, forma altresì la parete anteriore  
della guaina eponevrotica dei vasi femorali,  
ed erezione del margine interno della vena  
femorale (9). Il quale, subito sotto l'apice della  
piega *falciforme*, e lungi il lato esterno della  
fossa *ovale* della sommità della coscia, non è  
coperto che da una cellolosa *reticolare* so-  
stanza (10).

L'altra provincia (11) dell'aponevrosi *fa-  
sciculata*, o sia quella che si stende verso la  
regione del pube, sembra sorgere, per così  
dire, dal fondo della fossa *ovale* dietro della  
vena femorale; indi ascende sul capo del mu-  
scolo pettineo, si espande sul lato interno del-  
la sommità della coscia, sul pube, e sull'origi-  
ne degli adduttori muscoli. Questa seconda  
provincia dell'aponevrosi *fasciculata*, come si  
è detto, è meno densa, e compatta dell'altra,  
attraverso della quale ultima traspaiono i  
sottoposti muscoli. Pervenuta questa in richi-  
nata dell'inserzione del ligamento fallopia-  
no nel pube, si insinua per disotto della fe-  
tucce esteriore del detto ligamento (12), e va  
ad inserirsi lungo l'asse longitudinale del li-  
gamento triangolare di Gimbernat (13), che  
necessariamente divide in due piani, il sope-  
riore cioè ed anteriore, e l'inferiore e poste-  
riore, o interno (14). Per la qual cosa alcuno  
direbbe volentieri, come ho accennato poc'an-  
zi, che la porzione superiore ed anteriore del  
ligamento di Gimbernat non è che un pro-  
lungamento della piega *falciforme* procedente  
della porzione più densa e compatta della  
*fasciculata*, e la parte inferiore, posteriore, ed  
interna dello stesso ligamento di Gimbernat

(1) Tav. XI, fig. I, d. d. d.

(2) Idem a. b. g.

(3) Idem f. f.

(4) Idem g.

(5) Idem F.

(6) Idem h. h.

(7) Idem E.

(8) Idem i.

(9) Idem A.

(10) Idem.

(11) Idem D.

(12) Idem a.

(13) Idem fig. II, b. b. b.

(14) Idem c. d.

è formata dalla seconda provincia meno densa e fita della stessa *fasciata*, la quale appunto ve e planturali nella *cresta* del ramo orizzontale del pube, in seguito d'aver coperta l'origine del muscolo peltineo procedendo alla stessa *cresta* ossea del pube. Questa seconda provincia dell'aponevrosi *fasciata* poi, dopo essersi inserita, come si è detto, lungo l'asse longitudinale del ligamento di Gimbernel, si mesconde dietro i grossi vasi femorali prossimi ad uscire per di sotto dell'*arcata*, e ve a contribuire la parte sua (1) per la formazione della parete posteriore della guaina aponevrotica dei detti vasi femorali.

E qui cade in acconio di rimarcare, che se del cavo del ventre si lascia discendere uno spicillo per l'anello *crurale*, lo spicillo al abbasso del lato del pube, passa per di sopra della sottile provincia della aponevrosi *fasciata*, ed entra nelle fossa *ovale* della sommità della coscia. E poichè egli è indubitato che l'ernia femorale tiene la stessa via, ne viene di conseguenza, che quest'ernia si trova situata fra la tale *superficie* della coscia, e l'aponevrosi *fasciata*. Soltanto il collo di quest'ernia può riguardarsi come compreso, per brevissimo tratto, fra le due provincie dell'aponevrosi *fasciata*, e motivo che alle razze della *specie* *crurale* egli è sottomontato per poche linee dall'apice della piega *falsiforme*. Tav. XI fig. I. g. v.

§. IV. Non meno meritoria d'attenzione della ora esposta si è le unione del ligamento fallopiiano, e dell'*arcata* femorale colla aponevrosi *iliaca*, così detta, perchè occupa la concavità del fianco (2). Tene origine questa aponevrosi da una tele sottilissima che vedesi sovrapposta alla colonna vertebrale, ed alle radici del diaframma. Gradatamente essa si ve ingros-

sando a misura che discende verso il fianco, e si avvicina all'infima regione inguinale. Nella concavità del fianco ricopre il muscolo iliaco interno, ed il piuma grande, ed il piccolo piuma, quando quest'ultimo vi si ritrova (3). Attaccato al margine interno della *cresta* dell'osso del fianco (4) sotto dell'inserzione della *teia trasversale* dell'addome, si espande per di sotto dei vasi iliaci femorali per inolri onersi strettamente al margine osseo che distingue la grande delle piccola pelvi (5) e prolungarsi poscia sin al fondo del bacinio, inerente al tendine del piuma grande, e piccolo l'aponevrosi *iliaca*, discende nell'infima regione inguinale, e si piega nell'orlo rovesciato indentro del ligamento fallopiiano per tutto il tratto dalla spina superiore ed anteriore del fianco alla prominenza ileo-peltinea. In questo tragitto l'aponevrosi *iliaca* si incontra nei vasi femorali prossimi ad uscire dalla pelvi; li circonda, e li chiude in una sua doppiatura (6), la quale, a guisa di ripario, toglie ogni comunicazione fra il cavo del ventre e la guaina aponevrotica somministrata ai detti vasi dalla *fasciata*. Finalmente l'aponevrosi *iliaca*, ridursi in forma di cono (7), si innoltra dietro i vasi femorali, e ve a compiere la parete posteriore della guaina aponevrotica dei detti vasi, dal lato che cignarda il fianco. Somministrando inoltre il ripario che per entro dell'aponevrotica guaina tien divisa l'arteria femorale dalla vena dello stesso nome (8).

Da tutto ciò risulta evidentemente, che l'aponevrosi *iliaca*, dal di dentro della pelvi, è la *fasciata* dal di fuori, concorrono insieme (9) ed unirsi col ligamento fallopiiano, e coll'*arcata* femorale, ed insieme a formare la guaina aponevrotica che include i vasi femorali nella sommità della coscia. Que-

(1) Tav. XI, fig. II, b. b. b.

(2) Idem fig. III, e. e. fig. II, h. i

(3) Idem fig. III, e. e. r.

(4) Idem C.

(5) Idem f. f.

(6) Idem A.

(7) Idem fig. II, h. i. i. i.

(8) Idem p.

(9) *Alano hist. muscul. hom. pag. 313. Parlando del piccolo Piuma scrisse: ad hanc extremam ejus ab externo latere abit in aponevrosam tenuiorem, quae Piuma magnum simul cum iliaco interno a priori parte quo ante ischion delabuntur, ambiens, descendit ad inguen, atque in tendineam femoris vaginam.*

ala infimà d'unione fra l'interna, ed esterna aponevrosi vien accresciuta da un comune vincolo, di cui non trovo fatta menzione dagli anatomici, il quale (1) lega l'innagj'altra delle dette aponevrosi, in un colla guaina dei vasi femorali, alla protuberanza osea ilco-pellinea. Codesto legame però è meritevole di non lieve attenzione; poichè egli è a parer mio il principale mezzo per cui Natura seppe dividere l'ampia fenditura crurale del fianco al pube in due areole, e con questo semplice artificio mantenne validamente depresso il ligamento fallopiano nella metà del suo corso, e fissò invariabilmente la posizione del grossi vasi femorali ne' varj movimenti della coscia.

Ove l'aponevrosi *iliaca* comprende nella sua duplicità i vasi femorali prossimi a uscire dalla pelvi, essa spicca una sottile lamina (\*), la quale passa sopra l'anello *crurale*, e si espande sulla interna superficie del ligamento triangolare di Gimbernat. Forse questa lamina deriva dalla tela *transversa* dell'addome, che sulla faccia interna del pube confonde col *iliaca* aponevrosi. Comunque siasi, questa lamina fa di copercchio all'anello *crurale*. Anal volte questa lamina, o copercchio, è di floscia, che, premuta ed allapice del dito, si lascia facilmente spingere in basso, e si conforma a modo di ditala. Generalmente questa lamina trovasi perorggiata da più fori, che danno passaggio ai tronchi dei linfatici dell'arto sottoposto, ed in alcuni soggetti vedesi ricchita nel centro di essa membra una ghiandola linfatica.

Oltre gli ora indicati vantaggi che derivano dall'unione dell'aponevrosi *iliaca*, e della *fasciata* col ligamento fallopiano, con quello di Gimbernat, e colla guaina dei vasi femorali, altri ve ne sono meritevoli d'essere menzionati. L'aponevrosi *iliaca*, mediante la fitta sua tessitura, e gli estesi suoi attacchi alle ossa della pelvi, ed inoltre nell'infima regione inguinale al ligamento fallopiano, si oppone validamente, insieme colla tela *transversa* dell'addome, alla impulsione delle viscere di cui rol'arcata femorale, alla quale impulsione non sarebbe stato capace, per se sola, di resistere il peritoneo. L'aponevrosi *fasciata* similmente,

fissata coll'esterna pelvi, esercita colla sua elasticità una forza validissima nel reprimere le viscere tenendo fermamente depressa l'arcata femorale. Ciò apparisce manifestamente nell'uomo in piedi, allorchè egli si lascia cadere lentamente all'indietro. La stessa cosa si riscontra nel cadavere applicando l'apice delle dita sul ligamento fallopiano nell'atto che si fa stendere da no ajutare, e portare all'infuori l'arto sottoposto. Viceversa, sentesi rilassare sotto l'apice delle dita l'arcata femorale nell'atto che si fa riportare la stessa coscia in flessione nel tronco, ed in adduzione. Che se nella prima posizione o sia quando l'arcata femorale trovasi nella massima tensione, si fa discendere il dito mignolo dal cavo del ventree per l'anello *crurale* sin al di qua dell'inscrizione della piega *falsiforme* della *fasciata* col coeno impedire, ed anteriore del ligamento di Gimbernat (2), si sente allora una grande costrizione in ambedue questi punti, maggiore però nell'anello *crurale*, la quale costrizione diminuisce sensibilmente facendo piegare nel cadavere la coscia, ed indugiare il ginocchio internamente. Se poi nello stato di maggior stringimento dell'anello *crurale* sul dito introdotto, si fa scorrere un bistorino a taglio convesso dal di fuori all'indietro, sicchè ne venga incisa la base semilunare del ligamento di Gimbernat per due o tre linee soltanto, lasciando intatto l'esteriore felluola del ligamento fallopiano, cessa sul momento lo stringimento sul dito, non solamente nell'anello *crurale*, ma ben anco nel punto di unione dell'apice della piega *falsiforme* della *fasciata* col coeno superiore ed anteriore del ligamento di Gimbernat, ed il dito allora percorre liberamente tutto il canale *crurale*. Se poi in questo sperimento, in luogo di fendere il ligamento di Gimbernat secondo il suo asse longitudinale, lasciando intatto il ligamento fallopiano, si incide l'arcata femorale dal basso in alto verticalmente, si prova certamente qualche facilità nel muovere il dito lungo il canale *crurale*, ma non tanta quanta dopo il primo modo di incisione.

§. V. L'ernia femorale si forma dalla protrusione del peritoneo, e di alcune porzione

(1) *Tab. XI, fig. II, m.*

(\*) *Idem fig. III, s.*

(2) *Idem fig. I, g. e.*

delle viscere addominali per l'anello *crurale* (1), dopo aver spinto in avanti, divaricata, o lacerata la sottile membranelletta *cribrosa*, che fa di cocherchio all'anello stesso. Per la qual cosa i primorj dell'ernia femorale si riscuotono sempre fra il lato interno della vena femorale, e la base concava del ligamento di Gimbernat. In processo di tempo il picciol sacco erniario, circondato dalla molle cellulosa che sta dietro del peritoneo, e da quella che riempie il canale *crurale*, fa la sua comparsa per di sotto dell'esteriore foltuccia del ligamento fallopiano nel punto in cui l'apice della piega *falciforme* della *fasciolata* si incurva, e si innoltra ad unirsi al corno superiore, ed anteriore del ligamento di Gimbernat (2). Al di qua di questo punto il sacco erniario discende nella fossa *ovale* della sommità della coscia (3). Confermano la costanza di questo fatto le osservazioni dei pratici i più rinomati, alle quali potrei aggiungerne non poche delle mie. In una donna, la quale aveva un'ernia femorale di tanta grossezza, che le discendeva sino al terzo superiore della coscia, ho trovato che il collo di quest'ernia non era potuto sovrapposto ai vasi femorali, ma bensì situato fra questi ed il pube, e più precisamente fra la vena femorale, come si è detto, e la base concava del ligamento di

Gimbernat. Né altrimenti è stato osservato da LA DASE (4), LA FAY (5), PATT (6), MONAGAN (7), ALEXANDER (8), GIBSON (9), BISTAZZINI (10), POTT (11), DALLAMER (12), BALL (13), RICHTER (14), NERI (15), LAMUS (16).

ASTLEY COOPER, i di cui meriti in chirurgia sono superiori ad ogni elogio, opina (17), che dall'anello *crurale* vi sia un facile passaggio entro la guaina sponevrotica dei vasi femorali, dalla quale guaina poi non vi sia altra uscita che per alcuni dei fori poi quali entrano in essa i tronchi del linfoatici, ovvero per qualche fenditura destinata allo stesso uso. Ed in conseguenza di questa conformazione di parti, egli è d'avviso, che l'ernia femorale ne vuol primorj passi dall'anello *crurale* entro la guaina sponevrotica dei vasi femorali, e da questa se ne esce poi fuori destinato al passaggio dei linfoatici alla sommità della coscia. Spiacevoli di non poter essere dello stesso avviso, e di dover dichiarare, che io stesso mio, questo celebre chirurgo ha compreso sotto la denominazione di guaina dei vasi femorali, due parti fra loro distinte; cioè guaina sponevrotica dei vasi femorali propriamente detta, e canale *crurale*. Imperciocchè io trovo, che l'apice del dito mignolo, discendendo per l'anello, e pel canale *crurale*, non entra nè punto nè poco nella guaina sponevrotica dei vasi

(1) *Toc. XI, fig. III, b. d. e.*

(2) *Idem fig. I, g. v. n.*

(3) *Idem E.*

(4) *Ossers. chirurg. T. II, pag. 2.*

(5) *Fed. Dicois pag. 358.*

(6) *Oeuvres posthum T. II, pag. 219.*

(7) *De sed. et causis morb. Epist. XXIV. 15.*

(8) *Mémoires de chirurg. T. II, pag. 768.*

(9) *De herniis libellus pag. 78.*

(10) *Trattato delle operazioni, T. I. Annotezioni pag. 218.*

(11) *Chirurg. Works. T. II, pag. 152.*

(12) *Mémoires chirurg. pag. 191-195.*

(13) *A system of surgery T. I, pag. 387.*

(14) *Traité des hernies chop. XXXIV.*

(15) *Institut. chirurg. T. II, pag. 198.*

(16) *Médecine opérat. T. I, pag. 198.*

(17) *The anatomy, and surgical treatment of hernia. Part. II, pag. 4. If the finger is pressed upon the crural ring, it may be passed for half to three quarters of an inch towards the thigh within the sheath. But there is no other aperture to this part, if the sheath remains, except the minute cribiform holes for the absorbent vessels, or a single one, if they enter in a cluster. When the finger is thrust down through the crural space, the lacerated, or semilunar edge of the fasciolata may be distinctly felt.*

quale è molto maggiore però nelle donne che nel maschio, non è così difficile il distinguere in ambedue i sessi l'ernia femorale dalla inguinale. Imperciocchè la femorale ernia, sia dal suo primo apparire, quantunque della grossezza d'una nocciolina, e situata profondamente nella piegatura della coscia dal lato del pube, sicchè a stento, anzi nelle persone magre, se ne può toccare il collo, e quando il tumore è di considerevole volume, difficilmente, e non altrimenti che approfondando l'apice della dita, si può riconoscere la fettuccia fatta dal ligamento fallopio, per disotto della quale le viscere sono nascite. L'inguinale ernia al contrario in ambedue i sessi, sia desu nel suo principio, o nel suo incremento, si trova situata al disopra della piegatura della coscia, d'intorno il collo della quale si distinguono coll'apice delle dita i margini tendinosi dell'anello inguinale; e se il soggetto è di sesso maschile, si palpa lateralmente, o posteriormente all'ernia il cordone spermatico. L'ernia femorale di grossezza più che mediocre ha il suo fondo rivolto all'iposi, ed il suo corpo situato trasversalmente alla coscia per modo che volendo approfondire l'apice della dita per riconoscere il ligamento fallopio conviene premere al fondo ed il corpo dell'ernia dall'alto in basso in direzione della coscia. L'ernia inguinale nel maschio (ed eccezione della inguinale interna) rappresenta un tumore di forma piramidale, diretto dal fianco al pube, mentre la femorale ernia di forma ovale per lo più ha il maggiore suo diametro, come si è detto, in linea parallela alla piegatura dell'inguine. Nella donna l'ernia inguinale diviene dalla femorale poco in più, che la prima si dirige dall'auella inguinale verso la sommità del labbro del pudendo. La difficoltà grande di questa diagnosi nella donna si è, quando nello stesso lato esistono ambedue queste ernie, l'inguinale cioè, e la femorale. Racconta ANSAO (1) d'una donna di 45 anni, la quale aveva sofferto alcuni parti laboriosi, e nella quale l'ernia femorale del lato destro si incarcerò. Il tumore era della grossezza d'un uovo. Aperto il sacco erniario, non vi trovai, scrisse l'autore, che una piccola porzione di intestino eguale alla metà d'una

piccola noce. La picciolezza dell'ansa intestinale, sproporzionata al volume dell'ernia, eccitò la mia curiosità, e mi fece supporre l'esistenza d'un'altra ernia quattro volte più grossa della prima verso il pube. Fece, soggiunge egli, una seconda incisione trasversale della pelle per meglio iscoprire il tumore; poscia ne ho aperto il sacco, che conteneva una seconda ansa di intestino della lunghezza di due pollici. Era questa seconda ernia strotzata da un piccolo fascio di fibre tendinee non appetanti al ligamento fallopio, nè all'ernia femorale. Ne teri la dilatazione, indi riposi l'intestino nel ventre, che, quantunque fosse rosso, non produsse accidenti gravi, e la malata ne guarì. Scureba manifesto, che quel piccolo fascio di fibre tendinee, distinto dal ligamento fallopio e dall'arota femorale, apparteneva alla colonna inferiore dell'anello inguinale vicinissima nella donna all'anello *crurale*. Osservano grandemente questa diagnosi, quando non vi siano segni di turberamento, i tumori cistici, le idatidi, le ghiandole inguinali tumide, la varice del tronco della valena, situati propriamente sull'ernia femorale, o immediatamente sotto, perchè hanno assai spesso, per la loro figura, e pieghevolezza, le apparenze tutte dell'ernia femorale; sicchè non si può abbastanza ammonire i giovani chirurghi su questo articolo, affinchè impughino la maggior attenzione pria di presumere il loro giudizio sull'essenza della malattia di cui qui si tratta.

§. VIII. La anatomia dell'ernia femorale ci somministra i seguenti risultamenti. Detratti i comuni tegumenti, si presenta la tela *superficiale* del femore, interpersa di ghiandole linfatiche, alcune delle quali risiedono propriamente sulla faccia anteriore dell'ernioso tumore. Sotto di questa tela offresi l'involto cellulare esteriore dell'ernia (2) composto della cellulosa situata naturalmente dietro il peritoneo discesa con esso, e di quella *reticolata* cellulare sottoposta che ricopre la fossa *ovale* della sommità della coscia. Nell'ernia femorale picciola, e recente questa involto cellulare è molle, e facilmente distensibile; nella grossa, ed inveterata è duro e rigida; giunsa per tanto quanto vuol essere nell'ernia acutale

(1) *Mémoires de chirurg. T. II.* Gu5. Ved. COOPER loc. cit. Tav. I I.

(2) *Tav. VIII, h. h.*

dello stesso volume. Nelle piccola e recente ernia femorale, assai volte, la durezza delle maglie di codesto celluloso involucro è tale, che permette d'essere rispiato nel ventre unitamente al sacco erniario fatto dal peritoneo.

La stretta filiera dell'anello, e del canale *crurale* per cui discende il sacco erniario col tessuto cellulare ad esso sacco ricomposto fa sì, che entrambi assumino la forma d'una bottiglia di stretto collo (1). AVASTY COOPER (2) opina, che l'involto cellulare di cui si parla è distinto in due strati, il primo, e più esteriore dei quali non si è altro che un prolungamento della membrana, la quale fa di copercchio all'anello *crurale*; ed il quale prolungamento egli ha dato il nome di *fascia propria*. Non è improbabile, che io que' oggetti nei quali la lamina che fa di copercchio all'anello *crurale* è fiorita, e l'intensibile possa queata, conformata a modo di ditale, precedere l'ernia femorale. Ma, de quanto ho assai volte osservato, questo fatto non è costante, o non è sempre manifesta, eppure nelle piccole ed insipienti ernie, la separazione dell'involto cellulare esteriore in due assai distinta; la quale diversità di risulamento io attribuisco a ciò, che la lamina, la quale ricopre l'anello *crurale*, essendo naturalmente pertugiata a modo di cribro dai tronchi del linfatici, segnalatamente nel suo centro, o non di rado risiede una ghiandoletta linfatica, sia sottoposta piuttosto ad essere trascurata dal sacchetto erniario che spinta innanzi a modo di ditale. L'involto cellulare esteriore di quest'ernia offre, a dir vero, delle anomalie, le quali talvolta tengono in sospeso ancor il più esercitato operatore. Ora trovasi interrotto da strisce di dura reticolare sostanza; ora interperso di vescichette piene di sierosità; ora di pinguedice a guisa d'omento. In ogni modo l'indole e l'aspetto conosciuto del tessuto cellulare in generale serve di guida onde all'operatore col

coltello questa spugnosa reticolata sostanza, anche appariva sotto di essa il vero sacco erniario fatto dal peritoneo. Questo secondo sacco ha un colore di perla, a mano che contenga qualche porzione di viscera caduto in gangrena e intrisa di sangue; nel qual caso esso pure sembra eternamente nerastro. È liscio (3) inoltre inormentato, e non più grosso e compatto di quanto è naturalmente il peritoneo nel ventre, fuorché in que' casi nei quali l'ernia fosse stata più volte compresa da infiammazione *adriava*, con effusione di linfa plastica organizzabile. Poco siero d'ordinario si trova nel sacco dell'ernia femorale; verisimilmente perché d'ordinario esse è piccola. Qualunque volta però avvenga il contrario, la copia dell'acqua è sempre a maggior danno per l' infermo; poichè, facendo l'acqua maggiormente sollevare il fondo del tumore verso l'inguine, accresce maggiormente l'aspettanza dell'angolo fra il corpo dell'ernia ed il collo di essa; inoltre, quando l'ernia di cui si parla si trova in istato di incarceramento, le mollezze e flessibilità che l'acqua somministra al tumore, fa concepire agli imperiti dello speranza di riposazione, le quali finiscono per avere l'esito il più funesto per il malato. Quanto poi alle viscere contenute nell'ernia femorale nulla si trova in questa che non sia in comune colla vicina ernia inguinale.

§. IX. Nel cadavere maschile avente l'ernia femorale, incisa che sia trasversalmente l'aponevroasi dell'obliquo esterno muscolo dell'addome, due o tre linee sopra del ligamento fallopieno, nella direzione dell'arteria *crurale*, si ha tutta l'opportunità di vedere, o di esaminare sopra il tessuto cellulare che circonda il collo dell'ernia femorale, la situazione propria, e relativa dell'arterie epigastrica, e di quella del cordone spermatico, non che i rapporti di queste due arterie col collo di questa ernia.

(1) CARLO BELL. *Surgical observ. Fasc. II, pag. 206-211. This envelope ought not to be called a fascia. It is the cellular membrane which the peritoneum pushes before its descent, condensed, and become firm, and accordingly surrounds it in all sides, and has a narrow neck like a bottle.*

(2) *Loc. cit. Part. II, pag. 67. It may be termed the fascia propria — When the hernia therefore enters the sheath, it pushes this fascia before it, so that the sac may be drawn from its inner side, and the fascia, which covers it, left distinct.*

(3) *Tor. VIII g. 8.*

L'arteria epigastrica (1) nata dall'arteria femorale in vicinanza del margine dell'arcata crurale, distante nove linee dall'anello *crurale*, percorre una via obliqua dal fianco al pube, ed appoggiasi al tessuto cellulare in vicinanza di sole quattro linee dalla sommità del collo del sacco, e del lato esterno dell'anello *crurale*, ascende iudinale verso la *linea bianca* (2). Addossata dietro i muscoli addominali al grande sacco del peritoneo, si avvicina al muscolo retto dell'addome (3) sotto del quale si nasconde, spargendo rami, i quali dal basso in alto vanno all'incontro di quelli che manda in giù l'arteria mammaria *interna* coi quali i primi si anastomizzano. I due sottili ramelli che l'epigastrica arteria spira da se poco prima d'essere anastomizzata dal cordone spermatico, e che si gettano nel tronco stesso anastomizzandosi coll'arteria dello stesso nome, si trovano, nella circostanza d'ernia femorale, posati sulla faccia anteriore e superiore del collo del sacco, all'opposto di ciò che riscontrasi in occlusione d'ernia inguinale *externa*, nella quale, per motivi altrorè esposti, i vassellini anastomizzati si rimangono dietro col collo del sacco orisario.

§. X. L'arteria spermatica (4), intrecciata dalle vene dello stesso nome, discende dalla regione lombare lungo i muscoli iliaco *interno*, e passa per una via obliqua dal fianco al pube, avvicinandosi sempre più, quanto più discende, all'arcata femorale. Quivi perrenuta l'arteria spermatica scorre nel margine rovesciato interno del ligamento fallopiano, come per entro d'un canale, dirigendosi verso il pube. Poco prima d'arrivare al pube, si solleva dal solco anastomizzato per ascendere verso l'anello *inguinale* (5) il quale è situato più o alto, sopra tutto nel machio, che l'angolo interno ed inferiore dell'arcata femorale. Nel tratto che il cordone percorre sopra l'epigastrica arteria (6) ed insieme interseca

la sommità del collo dell'ernia femorale nella faccia sua anteriore. La stessa via in direzione retrograda tiene il vaso *deferente*, che passa discendente nella pelvi dietro il collo della vescica orisaria (7).

§. XI. Il collo dell'ernia femorale nel maschio si trova adunque quasi nel mezzo fra l'arteria epigastrica, il cordone spermatico, ed il pube. Io conseguenza di ciò il cordone spermatico interseca anteriormente la sommità del collo del sacco orisario, e si avvicina tanto più verso i cocconi legamenti dell'inguinale quanto più si porta verso l'anello inguinale, mentre l'arteria epigastrica, tutt'al'opposto, subito dopo l'intersecazione colla spermatica, si approfonda tanto più verso il cavo del ventre quanto più si inoltra verso il muscolo retto dell'addome. Nell'annessa Tav. VIII, i vasi componenti il cordone spermatico vi sono rappresentati sostenuti da un nodino (8), affine di mettere in chiaro il loro corso lungo il solco del ligamento fallopiano all'anello inguinale; i quali vasi, se non fossero stati sostenuti artificialmente, sarebbero rimasti, in molta parte, coperti dalla colonna inferiore dell'anello inguinale. Malgrado ciò, ognuno comprenderà facilmente, che, se fossero abbandonati a se stessi, rivederebbero nel solco fatto dal margine interno del ligamento fallopiano rovesciato indietro.

§. XII. Parlando della formazione dell'ernia inguinale *externa* (9), ho fatto rimarcare, che il grande sacco del peritoneo, nell'uomo e laterale regione addominale, è distinto in due fosse dall'interposizione del ligamento *ombelicale*, coll'aggiunta della piega dello stesso peritoneo, la quale ascende a canto della vesicula orisaria. Di queste due fosse del peritoneo, una è superiore, cioè verso il fianco, l'altra inferiore o sia verso il pube. Egli è nella superiore fosse nella quale d'ordinario si formano i primordj tanto dell'ernia inguinale

(1) Tav. VIII, 4. Tav. XI, fig. 1, 2. fig. III, m.

(2) Tav. VIII, 4. 5.

(3) Idem 5. 6. 7.

(4) Tav. VIII, 9. Tav. XI, fig. 1, x. u. u. u.

(5) Tav. VIII, 11. 12.

(6) Tav. VIII, 5. 11. 12. Tav. XI, fig. III, q. q.

(7) Tav. VIII, 15. 16. Tav. XI, fig. III, p.

(8) Tav. VIII, 11. 15. Tav. XI, fig. I, w.

(9) Memoria Primo §. IX.

esterna, che delto femorale, colla differenza, che la femorale ernia, ha luogo d'uscire dall'addome addossata al cordone spermatico, siccome fa l'inguinale esterna, si abbassa sotto del cordone spermatico, ed esce per lo spiraglio *crurale* fra il lato interno della vena femorale, e la base conessa del ligamento di Gimbernat. Da ciò deriva manifestamente la discesa che passa fra la posizione dell'arteria epigastrica, e del cordone spermatico relativamente al collo dell'eccia inguinale esterna, e la posizione dei detti vasi cispellici al collo dell'eccia femorale. Nella prima maniera di questa malattia, poichè il sacco cecario è sovrapposto al cordone spermatico che sormonta l'eccia epigastica, ne viene di necessità, che tanto il cordone, quanto l'arteria epigastica si trovino dietro del sacco erniario; al contrario nell'ernia femorale, poichè questa discende per di sotto del punto di intersecazione dei detti vasi, si viene pure necessariamente, che questi vasi si trovino sulla faccia anteriore della sommità del collo del sacco erniario, per appunto come vedesi nella qui annessa Tav. VIII. Nella donna, non altrimenti che nel maschio, l'ernia femorale ha i suoi principi nella fossa superiore del sacco del peritoneo; di rado assai nell'inferiore, o sia nello spazio fra il ligamento ombelicale ed il pube. Del pari che nel maschio l'eccia femorale nella donna passa per di sotto della intersecazione dell'arteria epigastica col ligamento rotondo dell'utero, e di là entra nell'anello *crurale* fra il lato interno della vena femorale, e la base del ligamento di Gimbernat, come si è detto poc' anzi. Per la qual cosa ove nel maschio la sommità del collo del sacco dell'eccia femorale è attraversata dal cordone spermatico, nella donna è intersecata dal ligamento rotondo dell'utero.

§. XIII. Da ciò che il fondo ed il corpo dell'ernia femorale formano un angolo più o meno acuto con il loro collo, egli è evidente, che, per la esposizione di quest'ernia, convien prestare mezzi diversi da quelli che si impiegano per cospingere le scure uscite per l'anello inguinale. Nell'eccia femorale convien primieramente cancellare, per quanto sia possibile, l'angolo anzidetto fra il corpo ed il collo dell'eccia. Collocasi quindi il malato sul lato opposto, colla coscia del lato affetto piegata, ed in adduzione. Premesi indi dolce-

mente, e per gradi quasi insensibili, dall'alto in basso il fondo, ed il corpo dell'eccia nella direzione della coscia, finchè si senta distintamente il ligamento fillopiiano. Si tosto che il fondo ed il corpo dell'ernia trovatisi, presso poco, in linea retta col loro collo, dirige la pressione dal basso in alto, ed allora le scure rientrano con facilità nel ventre. Facendo altrimenti, ogni tentativo non toglie che a danno dell'infame, specialmente se è imminente l'intercettazione; dico imminente; poichè, se l'eccia è propriamente intercettata, ancor l'esposto maggior modo d'operare per riporla riesce per lo più inutile o non fa mai volte che aggravare maggiormente la malattia ed accelerarne la guarena.

Otteuta nelle favorevoli circostanze, la esposizione mediante l'esposta maniera d'operare, conviene, senza ritardo, mutare l'infame d'un cinto. Di questi stromenti quello a *molla circolare*, con alcune modificazioni, è, secondo la mia esperienza, il più appropriato di qualunque altro. E codeste modificazioni si educano, ad allungare, ed addiattare il collo della molla alla piegatura della coscia, secondo che l'eccia femorale è piccola, o voluminosa, ed in dare al compressore una forma ovale, più o men allungata ne diversi soggetti, affinchè non sia di impedimento ai moti di flessione della coscia. Coloro alle quali cose vuoi avveire gli insiati nell'arte, che la persona affetta d'ernia femorale devono portare il cinto giorno e notte costantemente, e con più di diligenza ancora che quella, le quali soffrono d'eccia inguinale, se vogliono evitare la recidiva; poichè nimo esempio è a mia notizia di ernia femorale, ancorchè piccola, recidiva. E mantenuta esposta colla più scrupolosa diligenza, la quale, dopo lungo tratto di tempo, levato il cinto, non sia ricomparsa; lochè deriva, in esca, tanto dalla scrittura aponevrotica, e ligamentosa dell'addio, e del canale *crurale*, quanto dalla posizione di questo spiraglio sottoposto regolarmente alla pressione delle viscere addominali; lochè non si può dire del canale inguinale, in quale nell'addio scorre trasversalmente di ventee, ed ha inoltre una tendenza nei soggetti giovani a ristingersi.

§. XIV. L'angusta via per cui escono le viscere a formare l'ernia femorale, la lunghezza del collo di quest'eccia; la rigidità dei margi-



ni dell'anello *cruralis*, e delle bende spon-  
vrosiche, e ligamentose rannesse al medesi-  
mo; la pressione altera che esercita sul collo  
dell'ernia l'apice superiore della piega *falcifor-  
me* della *fasciata* nei moti di estensione  
della coscia; l'angolo che il fondo, ed il corpo  
del sacco erniario fa col suo collo, sono estre-  
mità ragioni predisponenti, in forza della  
qual l'ernia femorale, non solo più frequen-  
temente che l'inguinale si incarcerava, ma an-  
cora più prontamente che l'inguinale passa  
dal stato di incarceratione a quello di  
strozzamento.

Alla sopravvenienza di questo tristissimo  
accidente, la gagliardia dei sintomi vien ac-  
compagnata come osserva assai giustiziosamente  
CARLO BELLA, dalla effusione di linfa concre-  
scibile nel cavo dell'intestino protruso, la di-  
latazione del quale, per non essere, d'ordies-  
cio, che una piccola aua, e assai considere-  
vole, indipendentemente da gas, o da materie  
fecali in esso intestino arretrate. Effettiva-  
mente, se per mala sorte la piccola aua si  
apre, esce di là una liquida materia lattirino-  
sa del tutto diversa dalla fecale. L'ugenza del  
caso, dopo breve intervallo dall'incarceramen-  
to dell'ernia femorale, e d'ordinario tale, che  
ogni dolo e sperimentato chirurgo è tenuto  
a riconoscere la necessità di aver ricorso, al  
più presto, che in qualunque altre maniera  
d'ernia, alla efficace chirurgia. Né soltanto in  
questo particolare modo d'ernia è da temersi  
la pronta mortificazione delle viscere per ca-  
gione dello strozzamento, ma ancora è da  
aversi in conto di funesta complicazione il  
*processo ulcerativo* indotto sul lato interno  
del collo dell'ernia, dalla valida pressione che  
esercita in questo luogo il margine rigido ed  
acuto della base del ligamento di Gimbernat.

§. XV. Sull'opportunità, sovente troppo  
transistoma, di praticare il taglio dell'ernia fe-  
morale troncata, dopo l'impiego prudente  
di que' suadizj, che possono contribuire ed  
evitarlo, io mi riporto a quanto ho detto a  
questo proposito, trattando dell'ernia ingui-  
nale incarcerata. In queste urgentissime cir-  
costanze i maestri dell'arte ci avvertono di  
stare in guardia, perchè una ghiandola ingui-  
nale tumida ed infiammata non si imponga

sotto l'aspetto d'ernia femorale, ovvero non  
si inganni col nascondere effettivamente la  
ghiandola sotto di se una piccola ernia di  
questa specie strozzata, come è accaduto nel  
caso riferito da ELZE (1). Ma vuoi io di ciò  
avvertire, che quel valente chirurgo non vi-  
sibile il malato che una sol volta sul principio  
del male, quando cioè non ancora manifesti  
erano i segni d'intestino incarcerato. Tutt'al-  
tro è l'aspetto delle cose che si offre, quando  
la tumida, e dolente ghiandola inguinale è ac-  
compagnata da nausea, da vomito, da totale  
soppressione delle evacuazioni alvine. Non  
può allora cadere dubbiezza alcuna sulla pre-  
senza d'una piccola ernia femorale incarcera-  
ta nascosta sotto della ghiandola inguinale  
tumida, e dolente al tatto; ed in queste cir-  
costanze non vi può essere esitazione alcuna  
per parte del chirurgo sulla necessità di intri-  
dere, e per tanto di rimuovere la detta ghi-  
andola, ad oggetto di mettere allo scoperto il  
piccolo sacco erniario, e liberare, al più pre-  
sto, le viscere dallo strozzamento. Di questi  
esempi ne abbiamo parecchi, nei quali l'ope-  
razione ebbe il più felice successo (2). Uno  
non pertanto ne riferirò, in cui, per una sin-  
golare combinazione di cose, l'arte, sul punto  
della diagnosi, si è trovata in difficoltà senza  
però che questo avvenimento deroghi punto  
alla ottima regola generale poc'anzi stabilita.

## OSSERVAZIONE

Un uomo di 50 anni marilente, legnaiuolo  
di mestiere, dopo aver sofferto per quattro  
giorni dolori acuti di ventre non nausea o  
vomito fu portato in questo ospedale. Molti  
pieriori, e frequenti; sudor freddo; oppres-  
sione totale del secusso; tensione gagliarda di  
ventre dolente al tatto. Esaminando tutto  
l'ambito dell'addome, trovai sull'arteria fe-  
morale sinistra un tumorella della grossezza  
d'una nocca, duro, rosso, e dolente. Del ma-  
lato non potei trarre alcuna nozione soddi-  
sfacente sull'origine, e sulle cause di questo  
tumore, poichè egli era in istato pressochè  
di subletirio. Seppi dalla di lui moglie, che  
quella ghiandola inguinale ingrossata stava

(1) *Med. observ. and inquiries Vol. IV.*

(2) *Lex Blaga. Nouvelle méthode d'opérer les hernies pag. 74.*

da parecchi anni; ma che non era che da pochi giorni che gli si era fatta rossa, e dolente; che l'infermo soffriva abitualmente di grande difficoltà di rendere le fecce, per cui, tratto tratto, egli era preso da colica intestinale; che precorrenemente non facea purgante, non clistere, ancorchè ritenuto per alcune ore, gli avevano procurato la più piccola evacuazione elrina. Il complesso di queste circostanze, e più di tutto i segni manifesti di intestino incarcerato, mi fecero credere qual cosa certa, o almeno verisimile, che sotto quella ghiandola ingrossata, e dolente al tatto esisteva una piccola ernia femorale incarcerata. Pusei sull'istante all'operazione. Corsi nel seno di quella ghiandola ingrossata, e sotto di essa il sacchetto erniario, ma inutilmente. L'infermo, oppresso da tutti gli accidenti d'arota gangrenata, morì nella notte susseguente. Nel cadavere di esso si presentò il canale intestinale, tanto tondo che crasso, infiammato, e disteso enormemente; il crasso intestino poi pieno zeppo di materie fecali. Di contra l'arota femorale sinistra esigione immediata di questo mortale accidente, mi posi a scrutare diligentemente il labo intrinale dello stomaco al podice. Pervevnto che fui all'ingresso del colon sinistro nella pelvi, trovai no tratto di questo intestino, io rinatura delle base del sarro, in istato di atrofità pressachè cartilaginea. Aperia codesta dura sostanza secondo la lunghezza del retto intestino, vidi chiaramente, che le ingrossate lousche di questo intestino, l'interna sopra tutto, il renota foagosa, tubercolosa, jofiminata, ebiderano la capacità del retto intestino in modo da non permettere il passaggio ad uno specillo di mediocre grossezza; quindi l'enorme, e mortale distensione del capite intestinale crasso, e tenue, mentre non trovai disteso ed infiammato che quest'ultimo quando l'ernia è formata da alcuno degli intestini tenui.

La posizione elevata di quella schiavitù del retto intestino aio alla base del sarro, e la facilità, colla quale il maleto avara ritenuto i clisteri per più ore, hanno contribuito non

poco ad oscurare la diagnosi di queste infermità.

§. XVI. L'operazione dell'ernia femorale incarcerata nel maschio è una delle più ardue operazioni chirurgiche di questa specie, a motivo del cordone spermatico che si trova espansa, nella quale si può troncare impunemente il ligamento rotondo dell'utero. Prima ancora d'Aesaco non ignoravano i chirurghi, che il taglio retinale dal basso in alto del ligamento fallopiano nel maschio pos liberare l'ernia femorale da strozzamento, era un'operazione assegnita da mortale emorragia; ma opinavano essi, che la esigione di questo infortunio fosse l'offesa dell'arteria epigastrica. Aesaco fu il primo (1), per quanto so, il quale mosse dei dubbj contro questa opinione, e ebo, prima d'ogn'altro, fissate l'attenzione dei chirurghi sopra questo punto importante di pratica chirurgica, mostrando loro, che nel maschio il cordone spermatico, passando sulla faccia anteriore delle lousche del collo dell'ernia femorale, tre linee sopra del margine del ligamento fallopiano, era di gran lunga più esposto all'offesa di quel che sia l'arteria epigastrica. Gli erera data occasione di fare questa interessante riflessione l'indagine diligentemente istituite col cadavere d'un uomo di 22 anni, il quale era morto pochi istanti dopo l'operazione dell'ernia femorale strozzata, nel quale fu trovato, che non l'arteria epigastrica, ma bensì quella del cordone spermatico era stata trocata. Gaesaco (2) si affrettò di annunziare ai chirurghi questa importante verità, ma non pertanto parecchi dei più celebri maestri di quell'epoca dubitarono della correttezza di quella osservazione, ai quali Aesaco non rispose altrimenti che provocando i medesimi agli sperimenti sul cadaveri maschili. Questi sperimenti per appunto furono inutili, dai quali risultò costantemente, ebe, siati o no l'ernia femorale, l'incisione verticale dal basso in alto del ligamento fallopiano quale si pratica impunemente nella donne, è assegnita nel maschio da offesa del cordone spermatico. Dopo di ciò, non so comprendere come

(1) *Mémoires de chirurg. T. I, pag. 258.*

(2) *Splanchnologie.*

Guzzo, anatomico e chirurgo d'all'onde peritissiano, abbia pronunciato (1) che l'arteria spermatica teorasi a sì notabile distanza dal luogo su cui si vuole praticare l'incisione del collo dell'ernia femorale nel muschio, che se non vuoi fare, o ciò che egli dice, uno squarcio oltre il bisogno, questa arteria va sempre esente, da offesa. Senonchè non arer egli conosciuto, che il cordone spermatico scorre nel solco fatto dal margine rovesciato indentro del ligamento fallopiano, e che per ciò una incisione di poco più di tre linee dal basso in alto attraverso questo ligamento è bastante a troncare l'arteria spermatica, come constava già dalle sperienze sopra accennate sui cadaveri fatte dai celebri chirurghi Valsota, Russel, Barrelet, Boisson, al riferire d'ARRAUD (2).

§. XVII. Colono i quali opinarono potersi prescindere nell'ernia femorale dal tendere simultaneamente al ligamento fallopiano il collo del sacco erniario per liberare le viscere dallo stozzamento, proposero di incidere l'aponevroso dell'obliquo esterno dell'addome poco sopra dell'arcata femorale, ed in linea parallela all'arcata mesenterica indi di spingere dall'alto al basso una sonda scanalata fra il ligamento fallopiano ed il collo del sacco erniario, e lungo la sonda tagliare verticalmente questo ligamento senza offendere il cordone spermatico. Costei maniera di operare, la quale richiude una non ordinaria perizia e destrezza di mano, ha avuto qualche buon successo; ma l'ulteriore sperienza ha dimostrato, essere il più delle volte assai malagevole l'introdurre la sonda fra l'arcata femorale ed il collo del sacco erniario insieme aderenti senza rischio di danneggiare le viscere lo esso sacco contenuto, operando a tanta profondità il luogo oscurato da ellino sangue. Che se, come spesso avviene, lo stozzamento delle viscere dipende principalmente dalla ristrettezza relativa del collo del sacco erniario colle viscere

fiori uscite, il taglio verticale del ligamento fallopiano non è per se solo bastante all'uopo di liberare le viscere stesse dallo strettoio.

ARRAUD GUZZO (3) ha sentito la forza di questi argomenti, e quindi ha suggerito, fatto che sia l'incisione trasversale dell'aponevroso dell'obliquo esterno dell'addome nel modo poc'anzi indicato, di introdurre all'istesso il cordone spermatico, e poscia, introdotta una sonda dal basso in alto fra le viscere ed il collo del sacco, fendere verticalmente il collo stesso ed insieme anche il ligamento fallopiano lungo la sonda, senza tema di offendere il cordone spermatico. Questa complicata operazione, del pari che la prima, non incontrò l'approvazione delle persone dell'arte.

Il valente prof. DERRIDAN (4) segue, e ciò che pare, di Guzzo, opina, che per liberare da incarcamento l'ernia femorale nel muschio, si possa, senza rischio d'offendere il cordone spermatico, o l'epigastrica arteria, dirigere il taglio dal basso in alto obliquamente verso il fianco, cioè secondo la direzione che tiene naturalmente il cordone stesso; ed dubita punto d'asserire, che quant'anco il histon tagliasse di traverso dal basso in alto il ligamento fallopiano, non perciò rimarrebbe intesa l'arteria spermatica, perchè il cordone fuggirebbe innanzi il tagliente. In fine, che la sola ed unica incisione dell'aponevroso superiore della piega falciforme della fasciata è bastante a far sì, che la viscere rientrino nel ventre con facilità. Io non sento punto in dubbio, che l'incisione condotta obliquamente dal basso in alto verso il fianco riporti il margine del ligamento fallopiano non offesa il cordone spermatico. Ma su tanta profondità di parti chi può compromettersi di tenere accuratamente questa direzione, sicchè il coltello non attraversi il ligamento fallopiano per tre linee? E egli poi ha osservato, che in tutti i soggetti la massa del tessuto cellulare che ritiene il cordone nel solco del ligamento fallopiano è tale da per-

(1) Libellus de herniis pag. 78. Sed novi, qui in herniæ cruralis curatione medentes docent, etiam a vasorum spermaticorum laceratione cavere sibi debere. Quare, ut quoniam juxta sit hoc meum invenirem, in hæc quoque vasa, quanto potius diligenti, inquirere Jovis audentis tantum a loco plagæ distare, ut, nisi quæ hæc per totum Ngamentum fallopianum et ultra proferret, ludi non possint.

(2) Loc. cit.

(3) Oper. cit. Part. 2. pag. 17.

(4) Fedi BASTIENNE τ Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.

mettere che egli vi fogga innanzi il coltello? È quanto all'arteria epigastrica, egli è vero, che sulla pluralità dei soggetti la distanza dal centro dell'anello *crurale* all'origine di questa arteria dalla ilia femorale è di circa nove linee; ma, poiché essa arteria, ascendendo in obliqua verso il muscolo retto dell'addome, quando la molesta si trova all'altezza dell'anello *crurale* essa non vi è distante più di quattro linee; per la qual cosa la epigastrica arteria può facilmente venir offesa da un taglio di poco più di quattro linee, prolungato dal basso in alto verso il fianco mentre il margine del ligamento fallopiiano. Sul cadavere d'un uomo avente un'ernia femorale di mediocre grossezza BISTONET (1) trovò: *en dedans la sus-pubienne (epigastrique) qui, née immédiatement au-dessous de l'arcade, et dirigée verticalement, se portait enroire obliquement en haut, accolée au côté externe du collet du sac, passait sous l'arcade crurale, et bientôt après, derrière l'artère testiculaire.* Ed in altro luogo (155): *quant à l'artère sus-pubienne (epigastrique) dirigée en haut, et en dedans, elle correspondait aux côtes externes et antérieures du col du sac, et en était éloignée de quatre à cinq lignes seulement; le cordon testiculaire, croisé par cette artère, parcourait dans le canal inguinal son trajet ordinaire; l'artère testiculaire aurait été lésée en même temps que la sus-pubienne, si le débridement commencé dans la direction de la ligne blanche avait été prolongé de quelques lignes. Tous ces vaisseaux, presque parallèlement situés à la moitié externe et antérieure du col du sac, et de l'anneau crural, se trouvaient à peu près à une égale distance du bord postérieur ou postérieur du ligament de fallopie.* Effettivamente la distanza dell'arteria epigastrica dal lato esterno dell'anello *crurale* deve essere minore nell'ernio che nel non ernio, a motivo che la dilatazione dell'anello *crurale* si fa maggiormente dal lato dei grossi vasi femorali, che da quello che riguarda la base del ligamento di Gimbernat. Lo stesso autore, riportando la storia d'un'operazione d'ernia femorale eseguita nel maschio dal celebre prof. sopra nominato, si

esprime così (2): *dans le cas en question un pareil débridement exposait infailliblement le malade au danger de l'hémorragie par la lésion de l'artère testiculaire; et l'incision faite en dehors n'eût pu blesser l'artère sus-pubienne (epigastrique). C'est donc en bas et en dedans, suivant la direction de l'arcade crurale, que le débridement fut pratiqué, comme offrait dans cette direction moins d'inconvénients que dans toute autre. In un altro soggetto pure operato dal medesimo valente pratico (3): *en avant se trouvait l'artère testiculaire; en arrière la crurale. Que d'écarts à éviter! Ils le firent tous par un débridement oblique en dedans, et très-legerment en haut pratiqué à deux reprises différents.**

Questa raggugli provano, che quantunque da una mano pericolosissima può essere evitata l'offesa dell'arteria spermatica, e della epigastrica dirigendo il taglio verso il fianco, egli è non pertanto più saggio e prudente il prendere la via opposta; cioè di condurre l'arteria dal lato del pube e dall'alto in basso obliquamente verso il pube. E per ciò che riguarda la semplice incisione dell'apice superiore della piega falsiforme come mezzo bastevole, in tutti i casi, a facilitare per se sola la riposizione del viscere, ho mostrato superiormente esservi au di là delle eccezioni da farsi, le quali saranno sanzionate in appresso da altre osservazioni fatte al letto dei malati.

§. XVIII. Autorizzato dall'altrui, e dalla propria mia esperienza non dubito di stabilire quel principio fondamentale nella pratica dell'erniotomia (eccellente qualche caso l'ernia assai vasta ed irreducibile) che l'ampliazione del collo del sacco è assolutamente necessaria, se vuole costantemente ottenersi con facilità, e sicurezza la riposizione delle viscere strozzate. Questa ampliazione del collo del sacco può effettuarsi che in due modi; cioè mediante la distensione graduata, ovvero per mezzo dell'incisione. La prima maniera sarebbe, senza dubbio, da preferirsi per la cura dell'ernia femorale tanto nel maschio che nella femmina a motivo di evitare nel maschio l'offesa del cordon spermatico, ed in entrambi di non coprire il pericolo di ledere

(1) *Observ. XXIV, pag. 143.*

(2) *Obstet. XXVII, pag. 150.*

(3) *Loc. cit. pag. 141.*

alcuno di que' rami arteriosi che, in qualche rarissimo caso fa le veci di stecia ottocatoria. Ma la specienza ha posto fuori d' ogni contestazione, che la distensione graduata del collo del sacco mette l'infermo, ed il chirurgo in maggiori difficoltà e pericoli che l'incisione. Ne egli è da sopporre che senza gradi motivi il dilatatore di THURVET (1), l'uncino d'ANPAU, ed il dilatatore di LE BLANC non abbiano ottenuto la sanzione dei più dotti ed esercitati chirurghi dopo gli encomi che ne fecero i loro autori. LE BLANC (2) però non ommette di dire ingenuamente, tanto sul collo dell'ernia inguinale, che della femorale, esservi non poche, uò infrequenti le circostanze, nelle quali l'incisione è da preferirsi alla dilatazione; segnatamente quando l'intestino si è reso aderente al collo del sacco; quando lo strozzamento si fa assai in alto verso il cavo del ventre; quando la rigidità del collo del sacco, unitamente a quella delle bende sponetrotiche e ligamento che lo circondano, è sì forte da esistere validamente al giusto grado di dilatazione che si richiede per la facile, compiuta riposizione delle viscere; quando la viscere stesse sono ritenute entro il collo del sacco da briglie fatte dall'omento, o da pseudo-membrane situate all'ingresso del collo del sacco.

Il giovane chirurgo, il quale non si è posto ancora alle prove d'operare l'ernia femorale, non ha, da quanto in molte occasioni di tal sorta ho potuto cilevare, una idea abbastanza chiara, ed esatta della profondità del luogo, della obliquità, e segnatamente della strettezza del collo dell'ernia femorale; sopra tutto quand'essa è di piccolo volume. La ristrettezza dello spiraglio, o conseguentemente del collo del sacco, assai volte, è tale e tanta da retardare l'introduzione pre acco d'una sonda scemata di mediocre grossezza. Nel cadavere di coloro, i quali peccano per ernia femorale strozzata, siè trovato più, volte che la viscera fuori resta sì chiusa tutta con forte-mente compresa dall'anello crurale, e dal collo del sacco, da dover usare della forza per ritirarla nel ventre. Io questi casi, che non sono infrequenti, introdotta che sia lo stromento di LE BLANC, nell'atto di divaricare le

branchie si corre gran rischio di offendere le viscere accette insieme dal collo del sacco. Celermente poi non facendo non si può evitare di premere fortemente sulla vena femorale, la quale forma il lato esterno dell'anello e del canale crurale. Né vale il dire, che le viscere sono coperte, e difese dalla concavità delle lami dello stromento; poichè tutto lo stromento è ripercosso, per così dire, sulle viscere dalla resistenza che incontra nel volerci del clivico ad ogni conto dilatare il cigno anello *crurali*. Creano le difficoltà, ed i pericoli, se l'ansa d'intestino protesa è infiammata e inegida, come spesso avviene per effusa linfa coagulabile, per gas, o per materie fecali contenute nell'ansa. L'analogia che LE BLANC ha desunto dalla dilatazione del collo della vescia orinaria per l'estrazione della pietra, non è esatta. Imperciocchè, altro è dilatare il collo della vescia spombrata da ogn'altro viscera, altro dilatare il collo del sacco crurale occupato da un'ansa di intestino, o da una porzione d'omento, o da ambedue questa viscere ivi strette, ed incarcerate. LE BLANC si è inoltre ingannato nel credere, di potere col suo stromento dilatare l'anello *crurale* colla stessa facilità colla quale dilatare l'anello *inguinale*. I lati dell'orlo inguinale sono fatti da due lamine sponetrotiche facilmente distensibili, mentre l'anello, ed il canale *crurale* sono formati da un complesso di ligamenti, e di sponetrotici inserite per una parte nella cresta del ramo orizzontale del pube, per l'altra parte nel ligamento fallopioio in parte ancora sono in continuità colla serie sponetrotici *finchilata*; il quale complesso li rende opporre una validissima resistenza alla distensione. Impugnando io lo stromento di LE BLANC sopra un nome affritto d'ernia femorale incarcerata, mi è accaduto, volendo insistere nella distensione, di vedere pregare piuttosto le lami dello stromento, che cede per poro d'anello *crurale*. Si è ingannato finalmente LE BLANC nel supporre, che la principale, ed in senso suo, unica esistenza da sopcar si per la riposizione dell'ernia femorale strozzata, risieda nella fettuccia esteriore del ligamento fallopioio; poichè ora si sa, che il *mutuum* della resistenza, oltre il collo del sacco emis-

(1) *Ouvres de THURVET*. 1669.

(2) *Nouvelle methode d'operer les hernies* pag. 248.

La sonda in modo che la scanalatura di essa sia rivolta dall'alto in basso verso il pube. Lungo la detta scanalatura egli fa scorrere un bistorino *retto a taglio molto convesso* ed agilito inliscio del fianco al pube, per mezzo del quale disce dall'alto in basso, ed obliquamente verso il pube il collo del sarco epulario, ed insieme il margine concavo della base del ligamento di Gimbernat per due, o tre linee, secondo il suo asse longitudinale, risparmiando la fettuccia anteriore del ligamento fallopiiano. Il bistorino *retto a taglio molto convesso*, del quale io mi sono sempre servito per ogni maniera d'eroia incisione, è da preferirsi, a parer mio, al concavo bistorino di stretta lama, il quale abbatte troppa quantità di parti, e taglia nel ritirarlo; mentre il convesso, penetrando a poco a poco, avverte, per così dir, il chirurgo nel progredir della incisione, che egli può estendere, o limitare, ed arrestare a suo piacimento, secondo il bisogno. Iorin adunque per due o tre linee il margine convesso della base del ligamento di Gimbernat, secondo l'asse longitudinale di questo ligamento, che è quanto dir, nella direzione del ligamento fallopiiano prossimo ad innestarsi nel pube, si ritirava l'anello *curvato*, ed a un tempo stesso cessa la pressione che faceva sul collo del sacco l'apice superiore della piega *falciforme* della *fiucialata*, per cui ora si incontra più difficoltà alcuna nel riporre lo *utero*, argomentando se a un tempo stesso si fa pigliar al nudo la coccia corrispondente, ed inclinare il ginocchio dello stesso lato verso l'altro ginocchio.

§. XXI. Quando nel 1809 io proposi, dietro la mia propria osservazione e sperienza, di incidere il collo del sarco dell'ernia femorale nel marbio dall'alto in basso, ed obliquamente verso il pube ad oggetto di evitare l'offesa del cordone spermatico, non mi ancor venuta a mia notizia la Dissertazione di GIMBERNAT sullo stesso argomento. La lettura di questo opuscolo, indi la conoscenza delle im-

portantissime osservazioni pratiche di HAY (1); poichè le suggi riflessioni di LAWRENCE (2) e la stessa anterior mia sperienza, mi confermarono più che mai nell'opinione che questo modo d'operare l'ernia femorale intravverta in ambedue i sensi è preferibile a qualunque altro degli ora conosciuti. Ma sono comparso nel legger nell'opera di HAY ciò che per appunto a me stesso era accaduto; cioè che egli aveva avuto più volte occasione di rimanere meravigliato (3) *in vedere, come una piccola incisione fatta* (come egli si esprime) *sul ligamento interno, fosse bastante a produrre un sì grande effetto per la pronta, e facile riparazione della venter pria strazata*. Racconta egli d'una donna, nella quale dopo incisa verticalmente, secondo l'antico modo d'operare, l'anteriore fettuccia del ligamento fallopiiano, dissece bruciata una porzione di intestino maggiore di quella che vera prima al di fuori, ma non fu possibile poi di fare la riposizione nè alla prima, nè della seconda ansa intestinale, se non dopo aver spinto l'apice del bistorino per di sotto del ligamento fallopiiano tanto indietro da innescare il margine convesso del ligamento *interno*, o sia di Gimbernat. La stessa osservazione, e riflessione è stata fatta poscia da PARSONS (4). ASTLEY COOPER (5) scrisse d'aver assistito ad una operazione d'ernia femorale strazata di pericolo volante, in cui il ligamento fallopiiano non aveva parte alcuna allo strazamento; poichè, soggiunge egli, questo ligamento si poteva alzare ed abbattere senza che producesse all'ernia alcuna inlostatu delle *viæ rectæ*, e che conseguentemente la causa immediata dello strazamento esisteva non nel ligamento fallopiiano propriamente detto, ma nell'anello *curvato*. Infatti nel caso di cui qui si parla, fatta una piccola incisione nel ligamento di Gimbernat, l'intestino rientrò quasi spontaneamente. La stessa cosa è stata rimarcata da DUNCAN abile chirurgo de'lo spedale di Maragli (6): *l'intestin quicque en très-bon état, ne put être réduit après le débridement*

(1) *Practical observ.*

(2) *On ruptures.*

(3) *Loc. cit. pag. 156-157.*

(4) *ASTLEY COOPER op. cit. Part. II, pag. 17.*

(5) *Ibidem Part. II, pag. 24.*

(6) *BESCHER loc. cit. observ. 28. pag. 153.*

*de l'anneau (crurale), et du col du sac fait dans la direction de la ligne blanche; pour y parvenir l'opérateur fut obligé de couper le ligament de Glinbernat; et une incision de deux lignes pratiquée dans ce dernier endroit fut suffisante pour permettre la réduction.*

§ XXXII. La sola obbiezione ragionevole che può esser fatta a questa nuova maniera d'operare l'ernia femorale incarcerata in ambidue i seni, si è quella della deviazione, come che assai rara, della arteria otturatoria, per cui questo arteria, nata dalla epigastrica, discende in qualche raro caso a ricondurre il collo dell'ernia femorale pria d'uscire pel forame ovale della pelvi (1). Qualunque volte esista aberrazione dell'arteria otturatoria dal consueto suo corso si rombini coll'ernia femorale, sia ciò nel maschio, o nella femmina, egli è indubitato, che questa arteria rimane esposta all'offesa; ma violsi avvertire, che codesta triste accidente avviene egualmente, sia che si impieghi il nuovo, o il vecchio metodo d'operare. Per buona sorte questa deviazione dell'arteria otturatoria dal solito suo andamento è un'occorrenza, come si diceva, assai rara. Imperciocchè, ecco in quei soggetti nei quali codesta arteria nasce dalla epigastrica, poco dopo la sua origine, si ripiega in basso della pelvi sul lato interno della vena femorale, e quindi sul lato esterno (2) dell'anello *crurale*, ove la medesima arteria è esente da offesa, ma che l'incurvazione delle parti laterali lo strizzamento venga fatto dal basso in alto verticalmente, ovvero dall'alto in basso obliquamente verso il polo. ARTUR COOPER (3) disse apertamente che nei *anuli endaveri* di persona offetta d'ernia femorale, nelle quali l'arteria otturatoria nasceva dall'epigastrica, l'otturatoria arteria discendeva nella pelvi pel lato interno del collo del sacco erniario, e quindi si trovava fuori della portata d'esser offesa nell'atto dell'operazione del-

*l'ernia femorale incarcerata*. MORAN opinò (4), che sopra venti soggetti se ne incontrava uno, nel quale l'arteria otturatoria nasce dalla epigastrica, e che in questo l'anzidetta arteria discende pel lato esterno, o sia dalla parte del fianco, dell'anello *crurale*. CLOQUET (5) nelle scorse non meno che numerose sue ricerche su questo articolo, ha rimarcato, che nel maschio l'arteria otturatoria nasce più frequentemente dall'epigastrica che nella femmina; e che sopra 152 individui, dei quali l'arteria otturatoria veniva dall'epigastrica, 58 erano maschi, e 94 femmine. Le osservazioni di HALLSTADT (6) confermano, che l'origine della otturatoria dalle arterie profonde della pelvi, si incontra più spesso nei maschi che nelle femmine. Ora, se la trasposizione dell'arteria otturatoria nata dalla epigastrica nel lato interno dell'anello *crurale* non fosse un'occorrenza rarissima, poichè l'operazione dell'ernia femorale strizzata è assai frequente nelle donne, frequente del pari dovrebbe essere l'emorragia in seguito di questa operazione; ma la esperienza giornaliera mostra il contrario; e se il caso accaduto a MORAN indica la possibilità di questo triste avvenimento, questo stesso fatto ne prova la rarità. Infatti, riducendo ago alla metà il risultamento del calcolo fatto da MORAN, cioè non ad un individuo sopra venti, ma ad uno sopra dieci, nel quale l'arteria otturatoria nasce dalla epigastrica, non credo all'ostacolo del vero dicendo, che sopra dieci individui di quelli nei quali l'arteria otturatoria nasce dall'epigastrica, non appena se ne trovi, nel quale l'otturatoria si trasporta al lato interno dell'anello *crurale*, che è quanto dire, se un individuo sopra cento si troverebbe in questa pericolosa circostanza, qualunque volta venisse affetto da ernia femorale. Oltre tutto ciò, non ne viene trappane di rosegaranza, che, ecco un caso d'ernia, l'offesa di questa arteria sia

(1) *Tom. XI, fig. III, t. 1.*

(2) *Tom. XI, fig. III,*

(3) *Loc. cit. Part. II, pag. 21.*

(4) *Morbid anatomy* pag. 429.

(5) *Recherches anatomiques sur les hernies* pag. 73.

(6) De otu et progressu herniarum pag. 50. *Ferum utriusque arteriae (epigastricae nempe, et obturatoriae) a cursu consueti deviationes in sequere volumusmodò sexu, quantum equidem sciam, cum sint obviae, haud erit profecto cur ea viderentur luescentem in musculis ac Arteria crurali subrastrantibus timentis.*

assolutamente inevitabile: poichè non sempre l'otturatoria arteriale discende così rasente il margine interno dell'anello *cruralis* da non potersi incidere la base del ligamento di Gimbernat per iloe. o tre linee senza offendere questa arteria. Ciò è dimostrato dal caso stesso riferito a Mennius, abilissimo d'altronde non meno che dotto chirurgo. Imperciocchè, dopo aver egli eseguita l'operazione secondo la nuova maniera, le *viscere rientrarono con facilità nel ventre* (1), prova non dubbia, che l'incisione sul ligamento di Gimbernat era stata fatta abbastanza estesa; e però l'arteria otturatoria non fu in questo caso propriamente recisa, ma soltanto scollata (2), di maniera cioè, che l'incisione del ligamento di Gimbernat fosse stata d'una minima parte meno prolungata di quanto lo fu, le viscere avrebbero rientrate facilmente nel ventre del pari, come accadeva, e l'inferma sarebbe stata preservata dal gocciolo di sangue nel fondo della pelvi, che la tenne a morte otto giorni dopo l'operazione. Ed è da notarsi, che nel cadavere della medesima, anche l'arteria otturatoria del lato opposto a quello in cui fu eseguita l'operazione fu trovata distante d'alcune linee (3) dal margine interno dell'anello *cruralis*.

L'arteria otturatoria nel raro caso di cui si parla non discende mai nella pelvi appoggiata immediatamente sull'interna faccia del ligamento di Gimbernat, ma tocca copertum che gli fa, subito dietro il peritoneo, la tela *transversa* dell'addome, o il prolungamento dell'iliaca apocostomi, e tocca quale si tiene scollata a qualche distanza, poichè il ligamento, quanto più si accosta col suo ventre all'angolo del pube, tanto più si sottrae dal livello del ramo orizzontale del pube, e conseguentemente si scosta dall'arteria otturatoria, che discende sulla faccia interna di quest'osso. Per la qual cosa, una incisione di due o tre linee lungo l'asse di questo triangolare liga-

mento, senza troppo innoltrare il coltello verso il cavo del ventre, può salvar l'offesa dell'arteria otturatoria, decisa nel modo sopra esposto dal naturale consueto uso corso. Ecco ne di ciò la prova tratta dall'esame del cadavere d'un soggetto, il quale aveva subito l'operazione dell'arteria femorale incarcata secondo il nuovo metodo, e che morì nel nono giorno, dopo aver dato le più lusinghiere speranze di buon successo. Questo soggetto stato operato da Ducros, chirurgo di Maraglia sopra isolato, è quello stesso di cui si è fatta menzione superiormente. *Les vaisseaux, qu'on avoit eu la précaution d'injecter, offroient les rapports suivans: l'ouverture, qui correspondoit au col de l'oe, avoit environ six à huit lignes de diamètre; elle étoit bordée en dedans par le bord libre (la base con ara) du ligament de Gimbernat, come le quel on voyoit encore la trace du débrûlement; la veine iliaque externe formoit en dehors ses limites, éloit élevée en avant par l'artère sous-pubienne (arteria otturatoria); et dernier vaisseau naissoit de l'artère épigastrique (epigastrica) à la distance de deux poncees de l'endroit ou celle-ci prend ordinairement origine de l'artère iliaque externe, en se recourbant de la paroi postérieure de l'abdomen sur la branche horizontale du pubis, pour se rendre au trou sous-pubien; l'artère sous-pubienne (otturatoria) étoit séparée de l'oe au niveau de l'ouverture crurale par un intervalle de deux poncees et demi, que traversoit la veine iliaque, le paquet des vaisseaux lymphatiques du membre inférieur, et le col du sac herniaire; dans ce trajet elle (otturatoria) étoit citée à la partie externe, et antérieure de ce dernier; elle se seroit trouvée contigue au ligament de Gimbernat, si à son insertion au pubis ce ligament n'étoit formé avec l'oe un angle rentrant, dans lequel l'artère sous-pubienne (otturatoria) ne se engageoit point; mais*

(1) *Larsenius*. Dissert. de extensione in solentibus herniis cruralibus inciseratis, prae incisione praticantia. Berolini 1816. Sit aderat spatium, ac et amentum, et intestinum facile in abdomen reduci poterit pag. 32.

(2) *Arteria obturatoria incisione patula erat laesa; tam vero levis, ut sanguine ideo non nisi guttulis singulis distillante, intra dierum octa epatiam tantummodo posset illa usurum eam, usqueque, inter intestino diffusa, unius quantitas confluere posset pag. 34.*

(3) *Truncus ille communis in arteriam epigastricam, et obturatoriam arteriam dispecebat, quae aere majore ostio illi superfecit in toto itinere locas nonnullas ab illa distabat.*



*se vait sans se plonger directement dans la petite bassin en abandonnant la paroi abdominale. Sans cette disposition, l'artère (ottoratoria) aurait été inévitablement lésée par le bistouri de l'opérateur; car elle aurait été exactement contenue à la face péloéenne du ligament de Gimbernat.*

La dirittura coi si tiene l'arteria ottoratoria della faccia interna del ligamento di Gimbernat comprova maggiormente la convenienza, e l'utilità del bistrino e taglio conretto, nel quale, ajuto all'infuori di' indietro, si può incidere questo ligamento senza passare, oltre il bisogno, di là di esso verso il vero del ventre, e prolungando le incisione del medesimo ligamento secondo l'asse suo longitudinale, si corre tanto minore pericolo di offendere l'arteria ottoratoria, quanto più il taglio discende obliquamente verso l'angolo del pube.

Io porto opinione, che l'incidente accaduto a MEXANA sia pur avvenuto nel Hxz; ma con esito del tutto opposto, o sia felice, quantunque Hxz abbia dichiarato d'aver offesa in quelle operazioni non l'ottoratoria arteria, ma l'epigastrica. *Maestre in opera*, scrisse egli (1). *L'ernia femorale in una vecchia donna, tutto inteso a penetrare nel ventre col l'apice del suo dito indice, tagliai un po' più di quanto conveniva di fuori l'anello cenerle dal basso in alto verticalmente per mezzo pollice. Soprovvenne grido di dolore; ma, nè io, nè gli assistenti, fummo capaci di iscrivere l'orificio del vaso da cui veniva. Portai nel fondo della ferita e sul punto dal quale sembrava che il sangue uscisse, un pezzo di spugna asciutta, e sopra questo degli altri pezzi della medesima, sicchè tutti insieme si alzassero al di sopra della esterna ferita, e potessero essere compresi da conveniente fasciatura. L'emorragia fu tosto arrestata. Un nastro tene compresso l'apparecchio per lo spazio di ventiquattro ore. Alcuni giorni dopo cominciai dal rimuovere i pezzi di spugna esteriori, sostituendo al medesimo dei piumaccioni di telo. Nel decimo quarto giorno levai via l'ultimo più profondo della ploga la quale in cinque settimane si cicatrizzò. Da questo racconto parmi si*

possa inferire, che in l'arteria ottoratoria non l'epigastrica che viene tagliata in questo incontro; poichè non è verisimile che l'incisione verticale, e non poi inclinata verso la linea bianca, per sei linee, abbia compresa l'arteria epigastrica; e, se ciò fosse accaduto, l'emorragia non sarebbe stata soppressa mediante la compressione, la quale è stata mai sempre stata inutilmente in questa triste circostanza. Al contrario l'arteria ottoratoria, nel raro caso in cui essa circonda il collo del sacco erniario, poichè si trova di gran lunga più vicina all'anello erniario che l'epigastrica, ed inoltre più vicina che l'epigastrica alla sommità di esso anello, essa può di leggieri esser offesa dal taglio verticale delle parti facenti lo steccamento. Questo fatto è perisoso, in quanto che mostra la possibilità di poter arrestare l'emorragia procedente da offesa dell'arteria ottoratoria sola, dall'epigastrica, e lateralmente del conueto suo corso, mediante un modo di compressione semplice, il di cui punto d'appoggio è immediatamente dietro il pube.

§. XXIII. Al nuovo metodo d'opprare l'ernia femorale innascolata ARZELY COOPER ha fatto le seguenti obiezioni (2).

I. L'operazione è di difficile esecuzione a motivo della profondità cui giace il ligamento di Gimbernat.

II. Per poter tagliare il collo del sacco erniario lateralmente ed inferiormente dalla parte del pube, l'intestino proemina si trova esposto all'offesa in due modi; cioè per causa dello strascamento che conviene fare di esso trascinolo dal lato del fianco, onde poter introdurre la sonde dal lato del pube; in secondo luogo perchè non si può sempre introdurre la sonda dal lato del pube senza offendere le viscere snod uscite, tanto al di qua che al là dello steccamento.

III. Se l'ernia è assai voluminosa, il ligamento di Gimbernat spinto verso l'angolo dell'osso del pube non offre spazio sufficiente perchè si faccia su di esso ligamento una incisione tanto ritraa quanto si richieda per la facile riposizione delle viscere.

IV. L'arteria ottoratoria, se per caso circonda il collo dell'ernia femorale, e più erpo-

(1) *Practical observ.* pag. 159.

(2) *Oper. cit. Part II, pag. 22.*

no all'offesa mentre si insiede il collo del sacco dall'alto in basso obliquamente verso il pube, che quando si taglia secondo l'antica maniera dal basso in alto, e verticalmente verso la *linea bianca*.

Quanto alla prima di queste obiezioni, fa d'uopo preliminarmente osservare, che il ligamento triangolare di Gimbernat non è situato verticalmente, nell'uomo in piedi, ma obliquamente dall'infuori all'indietro, e quasi orizzontalmente fra l'esterna fettuccia del ligamento fallopiano, e la *crassa* del ramo orizzontale dell'osso del pube. Ora, se per toglierlo lo strozzamento si dovesse incidere quel lato interno ed inferiore del ligamento di Gimbernat, che si interisce nella *crassa* del ramo orizzontale del pube, converrebbe certamente spingere il bistorino assai profondamente dietro il capo del testicolo. Ma la cosa sia altrimenti; poichè egli è sul lato esterno ed anteriore del ligamento di Gimbernat, col quale lato questo ligamento si unisce al margine esterno del ligamento fallopiano, che vede l'incisione (Tav. XI. fig. I. l. fig. II. o. ); che e quanto dire, poco più all'indietro dell'angolo esterno dell'arcata femorale, l'andamento del quale esterno margine del ligamento fallopiano verso l'angolo del pube è lo stesso che quello dell'asse longitudinale del ligamento di Gimbernat (Tav. XI. fig. II. b. h.). Codesta grande profondità comunque del ligamento di Gimbernat, per riguardo al taglio da farsi in di esso in occasione d'ernia femorale inversa, fa in ogni caso.

La seconda obiezione non riguarda, a parer mio, che i chirurghi poco istruiti sulla struttura dell'arcata femorale; inoltre mancanti d'abilità di mano, ed incapaci per aver di trarre da parte un intestino senza maltrattarlo. E per riguardo all'uso della sonda scanalata, non è di assoluta necessità l'introduzione della medesima costantemente ed invariabilmente dal lato del pube. Si deve anzi introdurre per dove si può, purchè penetri fra le viscere ed il collo del sacco, senza fare offesa, ed introdotta che sia nel cavo del testicolo, se trovasi nel lato esterno, si fa scorrere dolcemente verso il lato interno del collo del sacco, colla scanalatura rivolta in basso ed obliquamente al pube; locale sì ottimo colla più grande facilità ogni qual volta l'intestino, o l'omento non è aderentissimo al collo del

sacco; e a ciò si perviene senza offendere le viscere né al di qua, né al di là dello strozzamento. Che se l'intestino sarà fortemente aderente a tutto l'ambito del collo del sacco erniario, qualunque sia il metodo operativo che si vorrà impiegare, la sonda non penetrerà nel ventre senza offendere le viscere protruse, e questo ostacolo perciò non dovrà ascriversi a difetto soltanto del nuovo metodo.

Nella terza obiezione l'autor presuppone, che la base contrava del ligamento di Gimbernat sia facilmente cedente; e che è contraddetto dalla ispezione anatomica, e dalla chirurgica esperienza. Già, d'ordinario, l'ernia femorale è di piccolo volume, e la lunghezza di questo ligamento non è mai minore di due terzi di pollice, spesso maggiore. La resistenza poi che al margine contrava della base di questo ligamento oppone all'ampliamento del collo dell'ernia è sì gagliarda, che anche nell'ernia femorale voluminosa il collo di essa è sempre assai ristretto relativamente al suo corpo; e la maggior dilatazione del collo del sacco si fa sempre dal lato interno dell'anello erniale verso il fianco, o sia di contro il lato interno della vena femorale, sì che rimane sempre assai di spazio sul ligamento di Gimbernat, misurato dalla sua base al pube, per potervi istituire un'incisione di due o tre linee la quale è bastante a facilitare la riposizione della viscere, ancorchè sia il volume dell'ernia assai considerevole. Anco di recente, ostemizzando un'ernia femorale, l'orificio del sacco della quale aveva otto e più linee di diametro, la lunghezza non pertanto del ligamento di Gimbernat era, a un di presso, la stessa come trovasi nei soggetti non erniosi. Vedevasi distintamente, che la maggior ampiezza dell'orificio del sacco erniario, in paragone di quella che ha naturalmente l'anello *crurale*, era operata dal lato che riguarda i vasi femorali, ove la viscera ripulsa aveva incontrato minor resistenza che nel lato opposto. Infatti, introdotto un dito in questo orificio, provai una resistenza quasi impenetrabile dirigendolo verso il pube, fatta dal muscolo rigido, ed alquanto ingrossato della base del ligamento di Gimbernat, mentre ridente, e facilmente distensibile era tuttavia il margine di questo stesso orificio dalla parte riguardante i grossi vasi femorali, ed il fianco.

E per ciò che spetta la quarta obiezione,

non essi, da quanto so, alcun fatto il quale dimostri che, allor quando l'arteria otturatoria circonda il collo del sacro, egli è più facile che questa arteria stanga offesa dal taglio *laterale*, o dall'alto in basso, che dal *verticale*. Certamente ciò non risulta nè dalla patologia perparazione di BANCART, nè la grolla di LEBLANC; anzi queste preparazioni mostrano il contrario. E se io questa tesi eliovolanza, comesi è dimostrato, l'arteria otturatoria si scosta tanto più della faccia lutea del ligamento di Gimbernat verso il caso della pelvi, quanto più questo ligamento si accosta all'angolo del pube, ne viene di conseguenza, che l'arteria otturatoria rimarrà più riposta ad essere lra del taglio verticale dell'anello *crurale* che dell'incisione di questo anello praticata dall'alto in basso, ed alcun poco obliquamente verso l'angolo del pube, sicchè il taglio cade anco in quella porzione di *fasciatura* che si inserisce nell'aur longitudinale del ligamento di Gimbernat (1) e quindi sulla sottoposta esigua del muscolo pottuoso, recitudo così sempre più dalla sede della arteria otturatoria, la quale continua il suo corso sotto il foro ovale della pelvi, quanto più il taglio retri al pube.



## MEMORIA QUARTA

### SULL'ERNIA GANGRENATA

E DEL MESSI

CON NATURA INDECA PER RISTABILIR LA CIRCULAZIONE DEL TUBO INTESTINALE.



§ I. L'ERNIA strozzata si gangrena assai volte per negligenza nel evitazion dei malati, ma forse più spesso ancora per cagione d'inopportuno aspro e reiterato maneggio che ne fanno i chirurghi lusingati, onde ottenersi in qualunque maniera d'incarceramento, ed a qualunque costo, la più pronta riposizione delle sterr fuori uscite (2). I solgari chirurghi non riconoscono alcuna differenza fra l'incarceramento acuto ed il cronico, o per meglio dire, *celere e lento*; perciò, come nel secondo, così nel primo, immediatamente dopo l'archieut si adopera con tutta forza in maneggiare respingere le sterr nel ventre, quando al contrario nello strozzamento acuto in prisione giocosi a vigorose giuocose dovrebbero volgersi al *saxis pelvis* d'essere impiegato con diligenza ed entro un tempo debito que' mezzi che altri sono a sedare l'eccesso di generale energia e di spasmo, a rilassar le parti e di poco si smentimento, siccome sono le missioni di sangue, i topici blaudi, i clisteri molli, e sopra ogni altra cosa poi dopo il salasso, il bagno tiepido universale. Assai volte ho dimostrato la questa scuola di chirurgia l'attitudine di questa pratica negli strozzamenti occorsi di recente accadenti in sog-

(1) Tav. XI, fig. II, d. d. d.

(2) Questo grave infortunio è più frequente in conseguenza d'ernia femorale che inguinale; lo qual cosa, oltre i motivi ch'io sono per dire, è da riferirsi, a mio credere, all'impropria maniera comunemente usata di dirigere la pressione sulle viscere fuori ascite, cioè dal basso all'alto come si pratica per l'ernia inguinale, quando dovrebbe essere fatta tutt'altroposto, avuto riguardo all'angolo che in questo maniera d'ernia fanno le viscere protruse sotto l'arco femorale. Ved. la precedente Memoria §. XI.

Del resto la mortificazione non è il solo triste effetto cui è esposto l'intestino sotto lo strozzamento. Anzi l'alterazione nel luogo della maggior pressione, non altrimenti che avviene anche sull'altre parti manate per lungo tempo allaccio. Per la qual cosa, allorchè l'incarceramento persiste da qualche giorno, i ripetuti sforzi per far rientrare l'intestino possono di leggieri occasionare la crepatura del medesimo nel luogo della ulcerazione.

nelli giovani e vigorosi, e più volte i miei allievi hanno osservato che dopo la missione di sangue, e durante il bagno tiepido universale, o poco dopo, sono ritornate quasi spontaneamente l'ernia che prima era stata replicatamente pigiata da parecchi chirurghi senza successo. E se questa massima relativa al trattamento degli stringimenti acuti recenti in soggetti giovani e robusti venisse generalmente adottata dalle persone fatte dell'arte, io sono d'avviso che non sarebbero tanto frequenti quanto lo sono le operazioni d'ernia incarcerata, e che minore d'assi di quanto è, sarebbe il numero dei poveri infermi che dalla campagna sopra tutto vengono trasportati allo spedale col l'ernia gangrenata. Ne questa dottrina è nuova, poiché conoscevasi abbastanza bene ai tempi di Feanco (1), il quale a tale proposito scrive: *Bien souvent sans plus le presser on oise la main pour le réduire, tant plus s'augmente l'inflammation et la douleur aux parois et au ventre. . . . Car quelque quelque peu rentre dedans, le reste le suit facilement sans le presser guère, et quand on ne le peut réduire sans le molester par trop, faut user des baïn ou fomentations.* Ora è qual nello straziamento lento d'ernia antica ed assai voluminosa in persone deboli o di età avanzata. In questi casi giova assai conservare le forze del malato, e sono quindi nociva le missioni di sangue, le bagnature tiepide universali e qualunque altro rimedio debilitante, siccome quello che induce generale atonia, ed accelera la caduta dell'intestino in gangrena, ed durante lo stato dell'incarceramento che dopo la riposizione. E perchè dimostra la pratica che il più delle volte in questi lenti stringimenti di ernie antiche vi ha molta parte d'inquinamento soverchio delle fecce o lo sviluppo straordinario di flati nel timore, nulla perciò meglio contribuisce a respingere le prime ed a diminuire il volume del secondo, quindi le applicazioni fredde, sotto l'attività delle quali vediamo altresì corradersi lo acroto e non raro il ranicolo erisipatero, l'azione accelerata del qual basta talvolta per se sola a far rientrare le parti, e meglio assai di quanto può fare la mano del chirurgo il più eser-

citato. Resta e questo proposito il Petre d'aver veduto far risulzare una di queste ernie da un empirico col solo versarvi sopra un secchio d'acqua fredda.

§. II. Su questo importante argomento fa duopo in primo luogo osservare, che altro significa ernia *inarcerata*, altro *strozata*, qualunque siasi gli scrittori s'engadoprato indifferente mente l'uno, o l'altro di questi vocaboli per esprimere la stessa cosa. Imperciocchè nell'ernia *inarcerata* trovasi bensì intercettato il corso delle fecce, ma senza non all'irreabile offesa della tenitura, e della vitalità dell'intestino impegnato nell'ernia, mentre nella *strozata*, oltre la sospensione del corso naturale delle materie fecali, avvi lesione organica delle tuniche dell'intestino con perdita di vitalità del medesimo. E questa distinzione è rompovata dalla pratica; poiché l'intestino che è stato semplicemente *inarcerato*, riprende la sua azione subito dopo riportato nel ventre; all'opposto l'intestino stato *strozato* non la riprende più. Nell'uno, e nell'altro caso ciò che propriamente accelera la morte dell'infermo non è la semplice pressione, o la perdita di vitalità, e la disorganizzazione della porzione di intestino che si trova al di fuori, ma bensì lo stato di eccesia d'infiammazione e poela di gangrena di quella parte di canale intestinale rontestata nel ventre, la quale corrisponde allo stomaco. In fatti osservasi di coloro i quali periscono per ernia *inarcerata* o *strozata*, appena aperto il ventre, si presentano alcuni intestini enormemente distesi, ed ingrossati di diametro, tumidi, infiammati, coperti di fiato roscrescibile, e sono quelli dell'ernia verso lo stomaco, mentre gli altri dell'ernia verso il podice non sono punto nè distesi oltre il naturale, nè infiammati. Lo stesso sacco del peritoneo è di gran lunga meno infiammato che la porzione di intestino continuata dall'ernia allo stomaco. Egli è per ciò non dell'ernia, ma da questo stato di distensione, e di irritazione giuguarda della porzione di tubo intestinale corrispondente allo stomaco che derivano gli acerbi dolori che prova l'infermo in tutto l'ambito del ventre, e soprattutto nella regione ombelicale, per liberarsi dalla quale distensazione gli fa

(1) *Traité des hernies, chap. V, pag. 25.*

tutti gli sforzi onde arruotar per lo loce, ciò che non può progredire verso il retto intestino.

Ma sia che si tratti di *incarceramento*, o di *strozzamento*, la bilurgia trova ancor mancante di azioni veramente precise ed esatte per iorbe spetta il determinarsi or'ingoli casi d'ernia incarcerata sino a qual punto l'operazione dell'erniotomia possa essere impunita differita, e quando debb'essere eseguita immediatamente, o poco dopo l'incarceramento. Io non dubito punto primor di dietro la teoria di numerose osservazioni disingenuamente inutili ed insensate paragonate, l'arte sta per fare dei considerabili progressi in quest'articolo importantissimo del trattamento dell'ernia. Frattanto cre io non inutile cosa di qui riferire quel poco che ne so intorno i segni dell'erno e dell'altro caso che nel corso della mia pratica mi sono sembrati i meno fallaci, e di mostrare che in generale si tarda di troppo a procedere all'incisione, motivo per cui, io credo, parecchi sommi maestri nell'arte sono intralciati nella pratica di quest'operazione, mentre molti altri chirurghi di gran lunga inferiori per dottrina ed abilità di mano, ma pronti ad operar, ne ottengono quasi sempre buon successo. E primariamente quando lo strozzamento è così lento e modesto che interrotta bensì il corso delle materie fecali, ma non prima profondamente la sostanza dell'intestino, l'ernia o torcola, ma poco dolente, il reate è trattabile, ed ancorchè gonfio, tollera il tatto. Il malato si querela d'una immoderata generale, di regurgito di flati, d'aridità della lingua e delle sue i, e di disgusto dello stomaco simile alla nausea. Passate ventiquattro o trent'ore in questo stato, tohente il vomito, l'aridità della pelle, la febbre non pulsi ora duri e lenti, ora molli e frequentati. Al contrario, quando le soggetti giovani e vigorosi lo strozzamento dell'intestino nel suo primo apparire è tanto forte non solo il'interrettare il corso delle materie fecali, ma altresì di premere profondamente la sostanza dell'intestino e veramente strozzarla, il risultato, la azione generale insorgono quasi dell'atto stesso che si riflette lo strozzamento del budello, ed i conati di vomito persistono ancorchè lo stomaco sia del tutto vuoto. Inoltre ben presto, se i soggetti sono giovani e vigorosi, i duoi non soltanto l'ernia, ma peranco tutto il ventre al tatto il più discreto,

indizio non dubbio e dei più terribili che l'infiammazione minaccia d'invadere, o ha già invaso tutto l'ambito del peritonio, incomincia il singhiozzo, il polso è duro, contratto, celere, estremo l'abbattimento di corpo e di animo dell'infermo, quanto più egli era forte e vivace. Tutto poi, sia nel *ferito* o nell'*acuto* strozzamento, ch'è di *risina* a soccorrere o è già succeduta la perdita di vitalità nell'intestino strozzato, il malato dice di trovarsi sollevato deg' eccessivi dolori che provava nell'ernia e nel ventre, e dalla continua tendenza al vomito che tanto lo creva travagliato sin dal principio del male; ma in luogo di questi tristi sintomi egli n'è preso da altri più gravi a più formidabili ancora; cioè da singhiozzo più forte di prima, segno mortale specialmente nei vecchi, da sudore freddo su tutto l'ambito del corpo, in modo che le di lui cute è meno calda di quella del malavere d'un uomo recentemente spirato. I di lui polsi sono piccioli, irregolari, tremoli; la faccia sparuta, turbate le funzioni cerebrali, la ente che copre l'ernia è tinta d'un colore rosso vergato di nerico. Questo rosicgiare della este dello scroto unito ai segni precedenti, indica costantemente non lontano lo scacello delle parti contenute nell'ernia, e se sotto la pressione cede il tumore avendo un suono di arepiatione, lo scacello delle parti fuori nente è già compiuto. Non ignoro che si trova talvolta l'intestino livido e nerastro, ancorchè i sintomi di strozzamento siano stati *feriti*, e l'operazione eseguita essi per tempo. Di questi fatti ne potrete pure addurre parecchi; ma ogni qual volta in simili circostanze ho esaminata la cosa attentamente, ho trovato che quel colore livido e nerastro dell'intestino non era il preludio dell'infiammazione, e meno ancora della gangrena, ma bensì della *suggerellazione*, la quale può aver luogo ancorchè l'intestino non sia stato profondamente strozzato, ma soltanto compresso; lo che rendesi manifeste da ciò che l'intestino *suggerellato*, o, come dicono, *schimato* e *nerastro*, conserva tuttavia le sue azioni consistenti e globali ed attitudine a riprendere le sue funzioni dopo riposo nel ventre, mentre quello ch'è privo di vitalità, gangrenato e prossimo a scacciarsi, oltre che al primo aprirsi del sacco erniario ispira un fetore ca larroso, e inoltre depreso, flacido, e si spoglia dell'esterna sua

inosa al più leggier contatto delle dita dell'operatore, o vero è nero e duro, e, come alcuni dicono, *epatizzato*; nelle quali circostanze non è più adatto alla riposizione. Queste funeste circostanze non devono però essere riguardate come controindicanti l'operazione, poichè quant'altro la mortificazione dell'intestino fosse cominciata, l'operazione sarebbe sempre il solo mezzo di salvezza pel malato, in quanto che l'incisione facilita lo scarico delle fecce per la piaga, diminuisce la tensione dolorosa del ventre, e promuove la riparazione delle parti gangrenate.

Ora, tornando al proposito, cioè alla questione in ogni caso d'ernia incarcerata possa essere differita l'operazione, i sinistrali sopra accennati annunziano bensì l'opportunità, ma, propriamente parlando, non sono una norma certa per accelerare, o per differire l'operazione. Imperciocchè ne' soggetti assai sensibili quei sintomi insorgono presto, e veementi, ancorchè l'intestino non sia del tutto strozzato; e si riterrebbe nell'individui di temperamento gli stessi sintomi si manifestano tardi, e miti, ancorchè l'intestino si trovi profondamente strozzato. Queste considerazioni mi inducono a credere, non che a stabilire qual precetto generale; che ogni qual volta l'ernia si è prestamente ingrossata oltre il comune, diventa tesa, e resistente alla pressione; che il corso delle materie alimentari è assolutamente interrotto; che ogni mezzo di riposizione è riuscito inutile, l'operazione non debba giammai essere differita, sia che i sintomi sopra descritti siano gravi, o miti.

§. III. La conseguenza meno funesta della gangrena dell'intestino si è l'uscita delle fecce per la piaga o sia l'*ano artificiale*; infermità schifosa e penosa, a dir seco, ma non però senza speranza di radicale guarigione, ed onta dell'interrotta continenza, talvolta per considerabile tratto del tubo intestinale. Intorno alla qual cosa conoscono numerosi e frequenti siano codesti proclivi operati dalle sole forze vitali riparatrici, la nostra meraviglia in ciò è sempre la stessa. Nè da quanto è stato detto finora intorno all'artificio che Natura impiega per compiere codesto processo curativo, si può ancora conespire un'idea abbastanza chiara dei mezzi coi quali incomincia a perfezionare questa benefica operazione. Imperciocchè opinano generalmente i chirurghi,

SECONDA VOLT. II.

che l'esto separata l'ansa gangrenata d'intantissimo nell'ernia, col restringersi della piaga superiore, le due bocche aperte dell'intestino, fattesi incroci alle interne labbra della piaga, si rivolgono a poco a poco l'una verso l'altra, e vi si affrontano finalmente in modo che le materie fecali discendenti dalla porzione superiore del tubo intestinale entrino direttamente nell'inferiore porzione dello stesso canale. Ma questa teoria non può in modo veruno essere soddisfacente per quelli i quali ne' casi d'ernia gangrenata hanno avuto occasione d'esaminare attentamente la posizione rispettiva delle due aperture dell'intestino, ed i loro rapporti colle labbra della piaga dell'addome. Imperciocchè le aperture dell'intestino troncato dalla gangrena sono esattamente disposte in una linea parallela fra di loro, e la superiore apertura è intralciata incessantemente in uno stato di dilatazione dalle materie fecali che scorrono dall'alto in basso, dalle quali inoltre è aperta all'infuori sia verso la piaga, mentre l'inferiore apertura dell'intestino recluso dalla gangrena tende continuamente a restringersi e ritirarsi all'interno sarà il caso del ventre. Né vollo stringersi della piaga può in alcun modo aver luogo un movimento di conversione delle due bocche dell'intestino l'una contro l'altra; e quindi ancorchè necessesse, l'orificio superiore dell'intestino già dilatato oltre il naturale, e aperto all'innanzi delle fecce, non si applicherebbe mai abbastanza esattamente all'orificio inferiore dell'intestino ristretto, e tratto indietro da poter versare direttamente le fecce entro di esso, sicchè queste in molta parte non continuassero ad uscire per la piaga durante il resto della vita dell'infermo. Questi fatti contrari alla comune dottrina in quest'articolo mi sono stati posti sull'occhio ad evidenza dalla sezione dei cadaveri di quelli i quali avevano cessato di vivere in diverse epoche dalla formazione dell'*ano artificiale*, e da altri lungo tempo dopo la perfetta guarigione di questa infermità, dalle quali osservazioni mi è risultato chiaramente che la natura nel ristabilire la continenza del tubo intestinale troncato dalla gangrena nell'ernia, tiene tutt'altra via che quella immaginata finora dagli scrittori di chirurgia; nella quale operazione essa non recede punto da quella semplicità di mezzi che è tutta sua propria.

poter essere distinte le une dalle altre, segnalando i residui del collo del sacco erniario, i due orifizj dell'intestino troncato, ed il circomposto peritoneo. Per la qual cosa, senza tema di errare, ho potuto in questo cadavere illustrare le seguenti indagini.

§. V. Sciolto eh'ebbi il gran sacco del peritoneo del tenui cellulare che l'univa alla parete murale ed aponevrotica dell'addome, e pervenuto che fui lung'ora alla sede dell'anello inguinale sinistro, trovai che il grande sacco del peritoneo non solamente era fatto strettamente aderente e quella porzione d'ansa intestinale che dietro dell'anello inguinale, e propriamente nel cavo del ventre, era rimasta intatta dalla gangrena, ma altresì che il detto sacco del peritoneo a modo di membranoso *imbuto* si prolungava dal cavo del ventre per l'anello inguinale entro il tubetto fistoloso aperto e sternamente nell'inguino con un angusto pertugio. Né poteva esser dubbio che quell'*imbuto* membranoso fatto dal grande sacco del peritoneo fosse quel medesimo che prima formava il collo del sacco erniario, poichè egli era evidentemente una continuazione del grande sacco membranoso che conteneva le viscere, prolungato per entro dell'anello inguinale, come perbè la tessitura e l'elasticità del medesimo era la stessa che quella del peritoneo, e del tutto diversa e distinta da quella del tessuto cellulare sottoposto ai comuni tegumenti dell'inguina. Aperto l'intestino ileco dalla guisa dal mesenterico dietro l'anello inguinale, ed intodotto uno specillo per l'uguale pertugio aperto nell'inguine suo nell'*imbuto* membranoso, a di là nella porzione superiore dell'intestino, conobbi la via diretta che sin dal primo si accursi dalla gangrena avevano tenuto le materie fecali per uciea dalla piaga. Inciso indi longitudinalmente lo stretto canale fistoloso esteriore ed insieme l'*imbuto* membranoso fatto dal collo del sacco erniario, ho potuto vedere distintamente che le due bocche dell'intestino si erano mantenute in direzione parallela tra di loro, e senza punto rivolgersi l'una contro l'altra, fra le quali poteva innanzi un promontorio che per sé solo sarebbe stato bastante ad impedire l'ingresso delle materie fecali dall'orificio superiore dell'intestino diretta-

mente nell'inferiore. Siccome poi nel soggetto di cui si parla, egli era indubitto che sin dal giorno decimoquinto dall'operazione la feccia avevano cominciato a riprendere la via naturale, non era difficile dall'esame della positi il compendario che in esso le materie elementari dall'orificio superiore dell'intestino erano state prima scese nell'*imbuto* membranoso fatto dal rimangeli del collo del sacco erniario, poichè da questa, con un mezzo giro, nell'orificio inferiore dell'intestino scesero. Ed era appunto in quel mezzo giro per entro dell'*imbuto* membranoso che si erano accumulati le gascie e le zampe dei gamberi, le quali, oltretutto l'altro di comunicazione fra le due bocche dell'intestino troncato, avevano dato occasione alla eripatura dalla porzione superiore dell'ileon, appena sopra dall'unione di quest'intestino col resti del collo del sacco erniario.

§. VI. La stessa disposizione di cose mi si è presentata nel cadavere di una donna, nella quale, parecchi anni prima, a ragione d'ernia femorale gangrenata, era rimasta nelle piegature della coscia un forellino fistoloso, dal quale per intervalli usciva qualche goccia di fluida materia fecale, ma che da lungo tempo, e sin agli ultimi periodi di sua vita aveva reso gli escrementi assai liberamente per la via naturale. L'ernia, da quanto seppi, piccolissima, non era stata fatta che da un segmento di tutta la circonferenza dell'intestino tenue, e perciò, dopo la distruzione d'una parte dell'intestino *imbuto* dalla gangrena, l'angolo che formavano di là dall'acuta femorale le due porzioni dell'intestino crepeto, non doveva essere tanto acuto quanto quello del caso precedente. Nella donna adunque della quale si parla, i due orifizj dell'intestino noiti insieme ad angolo ottuso (1) erano, quanto al restante, come nel caso sopra esposto, circondati e compresi da un comune *imbuto* membranoso (2) fatto dal peritoneo o sia dai rimangeli del collo del sacco erniario. Il collo del sacco erniario che prima dall'unione della gangrena si tirava al di qua dall'arcata femorale, dopo la separazione dello parti gangrenate, innante agli da corruzione, era stato tirato e trasportato dalla forza della natura tanto all'innu ed all'indemio dal

(1) *Tom. XI, fig. I, c. d.*

(2) *Idem c. e. b. b.*

veniva coll'intestino aderente, che all'epoca in cui la donna morì, per tutt' altra malattia, il collo del sacco erniatico colle due bocche dell'intestino si trovavano per alcune linee di là dall'arcata femorale, e propriamente nel ventre. La porzione superiore dell'intestino ileon (1) era più ampia e dilatata dell'inferiore (2). Iniettata dell'acqua per la porzione superiore dell'intestino ileon, lo mi aspettava che questa passasse senza il minimo ritardo nell'inferiore porzione del medesimo intestino, avuto riguardo che non tutta la circonferenza del tubo intestinale era stata distolta dalla gangrena, e che la donna per lungo tempo aveva reso liberamente gli escrementi per l'ano. Ciò non pertanto l'acqua iniettata incontrava un considerabile ostacolo nel passaggio, e precisamente nell'angolo d'unione dei due intestini, e si vedeva il fluido iniettato fare un mezzo giro d'intorno l'arcata femorale che sollevava all'esterno manifestamente sotto i tegumenti prime d'entrare nella bocca inferiore dell'intestino. L'acqua, cioè, era versata dalla bocca superiore dell'intestino nell'*imbuto* membranoso fatto dal vetri del collo del sacco erniario, così si ripiegava, facendo un mezzo giro d'intorno l'arcata femorale, poscia entrava nella bocca inferiore del medesimo intestino. Nel cadavere di questa donna, come nel soggetto della precedente osservazione separai il grande sacco del peritoneo dalla parete muscolare ed aponevrotica del ventre vicino all'arcata femorale destra, nulla eravi di più evidente quanto che quel grande sacco membranoso contenente le viscere addominali si prolungava sotto l'arcata femorale a formare l'*imbuto* membranoso (3), il quale *imbuto* colla sua base comprendeva le due bocche dell'intestino, e col suo apice andava a perdersi nella cellulosa sottoposta ai comuni tegumenti, e nell'angusto tubo fistoloso rimasto nella piegatura della coxal, inciso poi per il lungo codesto tubo fistoloso, ed innuvasi con esso l'*imbuto* membranoso fatto dal peritoneo mostravasi ancor più manifestamente di prima i due orifizj dell'intestino uniti insieme lateralmente, e ad angolo ottuso, in modo pe-

rò ebb' l'orifizio inferiore (4) si teneva alquanto più indietro ed in basso del superiore (5). Il promontorio fra l'una e l'altra bocca d'intestino (6) non era nè così completo, nè così prominente come nel soggetto dell'osservazione precedente, ne tale da intercettare ogni comunicazione diretta fra la porzione superiore e l'inferiore dell'intestino ileon; poichè effettivamente vi rimaneva un picciolo intervallo fra il detto promontorio o la parete dell'intestino di contro l'attacco del mesenterio (7); ma codesti o passaggio diretto era, per verità, così angusto, che non solo le materie fecali, ma la stessa acqua pura iniettata con forza, piuttosto che dilatare quella via ristrette, discendevano dalla bocca superiore nell'*imbuto* membranoso, indi si ripiegavano d'intorno l'arcata femorale, poscia entravano nelle bocca inferiore dell'ileon intestino; e tenevano questa stessa via le materie fluide fecali con tanto più di facilità durante le vita, quanto che, a misura che il foro fistoloso esteriore si andava restringendo, la base dell'*imbuto* membranoso era tratta più indietro verso il cavo del ventro, e si prestava maggiormente alla dilatazione indotta dall'accumulamento delle materie alimentari.

§. VII. Mi venne altresì fatto di osservare il cominciamento di una tale combinazione di cose, quale ho precedentemente esposta, e ciò fu nel cadavere di quell'uomo del quale ho fatto altrove menzione (8), e che morì sotto la violenza dello strozzamento di un reggimento d'intestino ileon, prima che la porzione d'intestino strozzata si staccasse dalla sana. Quest'uomo, durante il corso della malattia, soffrì per intervalli nausea e vomito, quantunque non avesse cessato mai di avere delle scariche, talvolta poco abbondanti per accessi. L'etnia signifiante che alla comparsa dei primi sintomi d'incarceramento era della grossezza d'un ovo di gallina, nel quarto giorno si era diminuita a tanto che sembrava vicina rientrare completamente nel ventre; io che feci illusione al chirurgo. Nell'ottava giornata i sintomi dello strozzamento divennero più forti di prima. Nella notte assegnata al malato

(1) Idem m.

(2) Idem n.

(3) Idem a. a. c. e. d. b. b.

(4) Idem d.

(5) Idem e.

(6) Idem f.

(7) *Trat. IX, fig. I. g.*(8) *Memoria II, §. FII.*



rese per secesso e per bocca materie nerastre fetidissime, ed alcuni lombrici, indi spirò. Nel cadavere di esso, levati i tegumenti comuni, l'ernia comparsa di color livido, e come se tutto il tumore fosse stato fortemente contuso. Gli involti dell'ernia e lo stesso sacco erniario (1) erano divisi in due parti straordinariamente dense e spesse, e non più separabili gli uni dagli altri. Entro il sacco si presentò una piccola aorta dell'intestino ileon (2) ritrattata dal collo del sacco, dura, nerasta e strettamente aderente alla faccia posteriore del collo del sacco stesso. Injetata dell'acqua per la porzione superiore dell'intestino ileon, questa, benchè a stento, passava però lungo quella parete del tubo intestinale che non era ritrattata dal collo del sacco (3). E conviene dire che anche durante la vita di quest'uomo le liquide materie fecali incontravano la stessa difficoltà di passaggio, poichè la porzione superiore dell'intestino ileon (4) era più allargata dell'inferiore (5). Spaccato l'intestino secondo la sua lunghezza (6), trovai già ebbrezza manifesto il promontorio (7), il quale allo staccarsi della piccola aorta dall'intestino ingrossata, avrebbe resa di gran lunga più impedita e difficile la comunicazione di quel ch'era la comunicazione diretta fra le due porzioni dell'intestino ileon. Cominciato vidi allora il sacco (8) che al primo separarsi della porzione ingrossata dell'intestino avrebbe diretto le fluidi materie fecali dall'orificio superiore dell'intestino nell'istesso membrano eretto dal rimasuglio del collo del sacco erniario, e di lì, con un mezzo giro, nell'orificio inferiore del medesimo intestino.

§. VIII. Ho inutilmente più volte nel cadaveri degli ernici degli strozzamenti artificiali nell'intestino ileon disceso nell'ernia, ririgendolo ora per un terzo, ora per due terzi della sua circonferenza, indi mi feci ad injettare acqua per la porzione superiore dell'intestino medesimo, ed ho veduto, che quando l'intestino nell'ernia era stato ritratto per due terzi del suo diametro, l'acqua non vi passava che assai risolutamente o niente del tutto, perchè l'angolo che il budello formava dalla parte dell'attacco del mesenterio era tanto acuto,

che il promontorio per entro dell'intestino impelliva onninamente la comunicazione diretta delle due porzioni del tubo intestinale. Ancor ririgendo una terza parte di tutta la circonferenza dell'intestino, ho potuto rimarcare che vi sono talvolta delle circostanze per le quali l'angolo sotto il quale cade lo strozzamento ora è più, ora meno acuto, lo che fa porgere innanzi più o meno il promontorio, ed opporre un maggiore o minore ostacolo al passaggio dei liquidi per quello istesso. Sono di parere che, anche nel caso di malattia, non sempre l'impegna nello strozzamento la parete dell'intestino ch'è direttamente opposta all'attacco del mesenterio, ma ora è l'oppositore, ora la posteriore parete dell'intestino quella che vi rimane stretta; la qual circostanza produce una notevole differenza per riguardo all'angolo più o meno acuto che frono le due porzioni di tubo intestinale fra questo increspatura o l'attacco del mesenterio, ed induce grandemente nel rallentamento o la totale sospensione delle scariche alvine durante l'incarceramento. Per la qual cosa può accadere in pratica di osservare, come già è stato rimarcato da alcuni scrittori che quantunque non sia rimasto strozzato che un terzo di tutto il diametro d'esso intestino, peritendo i sintomi dello strozzamento, le fecce in alcuni casi non cessano di uscire per la via del retto, io altri si sopprimano del tutto.

§. IX. È cosa nota a tutti i chirurghi, che quando per violento strozzamento l'ansa dell'intestino cade in gangrena, non perciò sempre coll'intestino o coll'omento si sfaccella anche il sacco ovarico. E nei casi ancora os quelli unitamente alle viscere protruse si gangrena il sacco dell'ernia, poichè la linea di separazione delle parti coinvolte si fa di qua dall'anello inguinale, ne segue da ciò, pressochè costantemente, che quella porzione di collo del sacco erniario ch'è situata al di là dell'anello verso il ventre, si rimane sana ed intatta. Tanto adunque lo so caso quanto nell'altro, tutto, che la porzione sfaccellata dell'intestino protrusa si separa, il collo del sacco erniario, di qua o di là dall'anello, comprende le due bocche dell'intestino, che per la pre-

(1) Tav. IX, fig. II. g. g.

(2) Idem c. A. A.

(3) Idem. d.

(4) Idem e.

(5) Idem f.

(6) Tav. IX, fig. III. a. a.

(7) Idem d.

(8) Idem f. g.

gravia infiammazione d'ordinario si sono fatte al esoaderenzi, e serve a illigera per celo tempo le materie fecali verso la piaga, sicchè nulla si possa effondere nel cavo del ventre; poichè, a misura che la piaga si stringe, il collo del sacco erniario dalla parte del ventre si conforma in un *lambuto membranoso* o strio di romputazione fra i due orifizj dell'intestino troncolo dalla gangrena. Che poi dopo la separazione della gangrena i due segmenti anai dell'intestino si ritirano a poco a poco di là dall'anello verso il cavo del ventre, non ostante l'aderenza ch'essi hanno contro la col collo del sacco erniario, egli è un fatto certo e confermato da un numero assai grande d'osservazioni, sia che ciò si faccia per l'azione tonica e retrattiva dello stesso intestino e del mesenterio, o piuttosto per l'incremento del tessuto cellulare che unisce il collo del sacco erniario alla parete addominale di là dall'anello. E questa fenomeno è del pari manifesto e costante anco nell'ernia non gangrenata, ma soltanto complicata da aderenza carnosa dell'intestino col collo del sacco erniario, e perciò irriducibili: nelle quali, come ho dimostrato in altro luogo (1), tolti la cagione immediata dello stenozamento, l'intestino unitamente al sacco erniario risale a poco a poco verso l'anello, ed in fine si nasconde anco al di là dall'anello stesso. In un giovane di 22 anni, nel quale la gangrena aveva distinto l'ansa di intestino proluso. CRISTON osservò, che nei primi giorni dopo questa accidenti, l'infermo tenendosi in perfetto riposo, le due bocche dell'intestino erano eminate al livello della piaga esteriore; ma il tosto che furono levati i fili posati attraverso il mesenterio dai quali l'intestino era ritenuto, e che le fecce fluirono liberamente al di fuori della piaga, ed il malato si mosse nel letto, il fondo della piaga si approfondì, e le due bocche dell'intestino si ritirarono verso il cavo del ventre per più d'un pollice, dopo della quale retrazione le materie fecali ripressero il corso loro naturale (2). Né levasi argomentare da ciò che l'omissione di passare il filo pel mesenterio nei casi d'intestino gangrenato, ma libero d'attacco col collo del sacco erniario, sia pericolosa per l'infermo: poichè la retrazione proprii dell'intes-

tino e del mesenterio non è mai tanto celere quanto lo è l'infiammazione aderiva, la quale non manca mai di invadere queste parti immediatamente dopo l'operazione, e fa sì che nel corso di venti quarte oca l'estremità tronche dell'intestino siano aderenti si rimasugli dal collo del sacco erniario, in un caso d'intestino gangrenato, ma ancor libero d'aderenza col collo del sacco, passai un filo pel mesenterio. Vantiquatt'ore dopo levai il filo, e portato un dito nel fondo della piaga trovai l'intestino aderente tutt'all'intorno. Questo fatto e parecchi altri simili che potrei citare, sono noti a molti dei miei allievi. Ne' cadaveri di quelli i quali non hanno avuto la sorte di sopravvivere alla gangrena d'intestino, assai volte ho pure dimostrato, che quantunque nell'atto dell'operazione l'intestino fosse libero, e fosse stato omnesso il filo a traverso il mesenterio, pure l'intestino si trovava aderente al collo del sacco erniario senza il minimo indizio d'effusione di fecce nel ventre. La retrazione della bocche dell'intestino troncolo si fa per certo, ma lentamente e sempre unitamente al collo del sacco erniario col quale prendo ben presto adesione.

§. X. Colmato processo retrattivo del collo del sacco erniario dell'intestino il compieva tempo tanto più breve, quanto più l'ernia è piccola e recente, a motivo principalmente che le maglie del tessuto cellulare posta dietro il peritoneo, e quelle del collo del sacco erniario conservano maggiormente nell'ecce piccola e recente, che nelle grosse ed invetrate, la loro elasticità e prontezza a corrugarsi. E la comunicazione della bocca superiore dell'intestino coll'inferiore ha luogo tanto più prontamente quanto è minore la perdita di sostanza dell'intestino, siccome quando, per via d'esempio, si è trovato strozzato per un terzo della sua circonferenza, a precisamente nella parete d'esso intestino opposta all'attacco del mesenterio. Imperciocchè in questo caso, per piccola che sia la retrazione del collo del sacco erniario verso il cavo del ventre, l'*lambuto membranoso* che ne risulta, è sempre ampio abbastanza per supplire al lacerato dalla parete dell'intestino stasi distrutta dalla gangrena. In fatti l'osservazione e la esperienza ci

(1) Memoria II, §. XXIII.

(2) *Atterly Cooper. Opera cit. P. I. pag. 36.*

hanno insegnato che in queste circostanze appunto ricompariscono ben presto l'evacuazione alitina. Al contrario negli altri casi d'ernia gangrenata, nei quali lo sfarello ha consumata tutta l'ansa d'intestino fuori uscita, poichè le due bocche che ne risultano si toccano da un lato in linea quasi parallela fra di loro, e formano un angolo assai acuto dalla parte del nutrientio, il promontorio che s'alza e sporge innanzi fra le due aperture dell'intestino, esclude del tutto ogni comunicazione diretta fra di loro, e quindi necessariamente le materie fecali per lungo tempo non possono uscire altrimenti che per la piaga. In seguito poi, ritirandosi gradatamente più le due bocche dell'intestino di là dall'anello verso il cavo del ventre, e con esse il collo del sacco erniario, comincia questo a formare l'*imbuto* membranoso, e vedesi allora comparire qualche indizio d'incipiente comunicazione fra le due porzioni dell'intestino reciso. Ma poichè caduto *imbuto* o altro membrano o fra le due aperture dell'intestino e ancora assai angusto in confronto dell'ampiezza della piaga esteriore, così la quantità delle materie fecali che esce dalla piaga, è di gran lunga maggiore di quella che prende la via del retto intestino. Finalmente, risalendo ogni giorno più l'intestino verso il cavo del ventre, e con esso il collo del sacco erniario, ed allargandosi di necessità il fondo dell'*imbuto* membranoso, mentre l'apice del medesimo *imbuto* si restringe insieme colla piaga esteriore, l'aria di comunicazione fra i due orifizj dell'intestino troncato si rende per ultimo tanto ampio da permettere che le fecce abbandonino del tutto la fistola, e, fatte un mezzo giro dalla bocca superiore, entrino nell'inferiore, e scorrono in totalità per la via naturale.

§. XI. Oltre che l'atrio membranoso infundibuliforme di cui si parla, fatto dal collo del sacco erniario, si presenta patentemente nei cadaveri di quelli nei quali molto tempo prima del loro decesso si è chiuso l'ano artificiale, sicchè non possa cadere dubbio che sulla verità e costanza di questo fatto, egli è, a mio credere, streit facil cosa il dimostrare che il ristabilimento di continuità

fra le due porzioni del tubo intestinale non potrebbe giammai effettuarsi, se le estremità troncate dell'intestino, dopo la separazione della gangrena, rimanessero costantemente attaccate al margine tendinoso dell'anello inguinale, o vero dell'arcata femorale, come generalmente è stato supposto dai chirurghi, che è quanto dire, se dopo la separazione della gangrena i due orifizj dell'intestino non fossero restati tanto in dentro dell'addome unitamente al collo del sacco erniario, quanto si richiede perchè le materie fecali che discendono dall'orifizio superiore traversero uno spazio o fare un mezzo giro e ripiegarsi nell'inferiore; la qual cosa appunto sembra essere sfuggita all'attenzione di quelli i quali si sono occupati di queste ricerche, fra i quali principalmente il Measun (1) ed il Prieur (2). Imperciocchè egli è evidente che, senza l'interposizione dell'*imbuto* membranoso del peritoneo fra le bocche dell'intestino e l'esterna cicatrice, non vi sarebbe di che supplire alla mancanza della porzione gangrenata dell'intestino stesso, e le estremità troncate di esso disposte in linea parallela fra di loro, ed inerenti al margine tendinoso dell'anello inguinale, o vero all'arco femorale, ed intimamente all'interne labbra della piaga, col restringersi di questa, s'intraprechero bensì insieme, ma giammai si risolverebbero l'una concontro l'altra in modo da affrontarsi e ristabilire la continuità del tubo intestinale; lo che non succedendo, lo scorcio delle fecce per la piaga sarebbe in ogni caso d'ernia gangrenata perpetua ed incurabile.

§. XII. Questa verità di fatto da me osservata nell'uomo venne confermata dalle esperienze di Traaues (3) sui broli. Questo diligente osservatore trasse fuori dall'addome di un cane un'ansa di intestino tenue che strozzò mediante un'allacciatura; indi recise la porzione di intestino al di qua del laccio, e rimise il restante nel ventre. L'animale, malgrado tanto straccio, non mostrò di molto soffrire. Non fu che nel secondo giorno, che ebbe nausea e vomito bilioso. Sorbì non pertanto un po' d'acqua e latte. Nel quarto giorno rest per eccesso lecco dure, e da quel momento ri-

(1) *Mémoires de l'Acad. des Sciences de Paris*, an. 1735.

(2) *Mémoires de l'Acad. royale de chirurg.*, tom. XI. in 8°.

(3) *Inquiry into the process of nature in repairing injury of the intestins*. London 1812.

prese lenza, e buon appetito. Un mese dopo fu posto a morte, e fu osservato in esso, che le due bocche dell'intestino sciolte dal sacco si trovavano circondate e rinchiusa entro una capsula fatta dall'omento. Aperto il tubo intestinale, si riconobbe, che, per l'intermedio di quella capsula fatta dall'omento, i due orifizi dell'intestino comunicavano fra di loro, per la quale via avevano ripreso il corso naturale le materie fecali, e con esse il filo col quale era stata fatta l'allacciatura.

Ad un altro caso, lanuto per alcun tempo di digiuno, fu fatta una trasversale incisione sopra un'intestino tenue, che, senz'altre precauzioni, fu ricucito nel ventre. L'animale visse nove giorni in istato di abbattimento ricorrendo di cibarsi. Nel cadavere di esso furono trovate le due porzioni di intestino nel luogo della trasversale incisione rinchiusa in una capsula fatta da un lato dal peritoneo, dall'altro dal mesenterio, e nel restante dalle vicine volute del canale intestinale. Entro codesta capsula si trovarono contenute materie fecali, particelle d'osso, e di altre dure sostanze.

Nè egli è, a parer mio, in alta guisa, che mediante una capsula fatta dall'omento, e dalle parti vicina che si effettuò la guarigione (a que' rarissimi casi nell'uomo, nei quali l'intestino sembrerebbe si era ritirato nel ventre, o ci fu respinto dopo la cucitura. Similmente non riesce, a mio avviso, altra plausibile spiegazione che questa il caso riferito da CAVOT (1) di intestino gangrenato nello scroto, nel quale, dopo certo tempo, le fecali materie ripresero il corso loro naturale. Imperciocchè nel soggetto di questa osservazione, dopo morte, si è veduto, che l'intestino nello scroto, ove era stato aperto dalla gangrena, si trova circondato e rinchiuso entro una capsula fatta in parte da una porzione d'omento, essa parte di-

vece nel fondo dello scroto, e nel restante dal sacco erniario.

§ XIII. Intorno alla qual cosa parrai cada qui in accontro la questione, perchè dopo l'ernia inguinale o la femorale ascellata si egli si frequenta il vedere esistente la continuità del tubo intestinale, mentre in occasione di ferite penetranti dell'addome con uscita della bolla, se l'antra d'intestino protrusa passa alla gangrena ed allo sfacello, come nel caso riferito da MOSCATI (2), o vado sia stata recisa in gran parte o completamente, come nelle storie riportate da SELTRANT-WATSON-WILL (3), da CASASOLI (4), IUDANO (5), FLITZES (6), HAWES (7) e parecchi altri (8), l'esito il più felice che se n'è potuto ottenere, si fu la fistola stercoracea perpetua, incurabile? Non saprei dare alcun'altra plausibile spiegazione a questo problema, che quella la quale risulta dal confronto delle circostanze per le quali una ferita dell'addome con uscita di intestino, e gangrena a dell'intestino stesso, diversifica da un'ernia, agguistamente in ciò che l'intestino protruso e troncato per cagion di ferita o per gangrena è mancante di sacco erniario, e conseguentemente d'imbuto membranoso circompinto ai due orifizi, mentre l'intestino gangrenato nell'ernia non manca mai d'essere compreso dal collo del sacco erniario. Il peritoneo tagliato dallo strumento facilitò la ritirata, e le due bocche dell'intestino troncato dal ferro o dalla gangrena, disposte in linea parallela fra di loro, prendono aderenza immediata colle labbra interne ed esterne della ferita dell'addome. Nè in questo modo d'adesione può aver luogo retrazione alcuna delle estremità tronche dell'intestino verso il cavo del ventre, poichè le labbra della ferita dell'addome non hanno la flessibilità e duttilità del tessuto cellulare che unisce il perito-

(1) Vedi la Trad. francese di quest'opera.

(2) *Mémoires de l'Acad. royale de chirurg.*, tom. VIII. in 8°.

(3) *Observ. rar.*, tom. II, obs. XXV.

(4) *Oper. med.*, obs. 13.

(5) *Centur.* I, obs. 74.

(6) *Obs. med. lib. III*, pag. 88°.

(7) *Éphémérid.* n. c., an. I, II, obs. FI.

(8) Non comprendo in questo numero il marinajo del quale parla DASSAULT, tom. II. Le circostanze di questo caso non mi sembrano esposte con chiarezza, sopra tutto per ciò che spetta alle precedenti, onde poterne tirar le conseguenze esatte.

neo alle pareti muscolari del retto, e l'atto ordinario a rientrare come fa dopo l'ernia gangrenata, il collo del sacco erniario unitamente all'intestino cui è aderente. Le fecce adunque nel caso di ferita, discendendo dall'orifizio superiore dell'intestino troncato, si trovano sempre a fior di pelle, e quindi il sacco incessantemente per la piaga, e perpetua l'ansa artificiale, mentre nel secondo caso divergono in un atrio membranoso di comunicazione fra la due bocche dell'intestino. Vediamo a rallever la stessa cosa come in seguito di frite con uscita ed effusione dell'intestino, così in quell'ernia ventrali che si formano in conseguenza di lesioni dell'addome lungo tempo dopo la ricatrice, se per mala sorte cadono in gangrena. La stessa ernia ombelicale e la ventrale voluminosa ed antica, quantunque fornita di sacco erniario, pure se e malata da gangrena e ischaemia, egli è ben raro che non si risorga da perpetuo strolo di materie fecali; perchè se l'ernia è vasta ed antica, il sacco erniario di essa è lentissimo all'assorbimento dell'addome ed ai tegumenti, sprovvisto di tanto cellulare rapace d'invasione, perde l'attitudine di secondare la retrazione dell'intestino verso il cavo del ventre per ivi formare l'indotto membranoso di comunicazione fra i due orifizi dell'intestino troncato dalla gangrena, perciò le fecce non erano altrimenti che per la piaga dell'ombelico o d'altra parte dell'addome.

§ XIV. Così grande adunque essendo il vantaggio che dopo la separazione delle parti gangrenate nell'ernia si opera la retrazione del collo del sacco erniario, e degli orifizi dell'intestino fatti al suo collo aderenti durante lo stato infiammatorio dello strozzamento, o poco dopo l'operazione, ed egli è da ciò che principalmente deriva lo stabilimento di continuità dell'intestino troncato, non si sarà più alcuno, a mio giudizio, il quale non opino d'averli procurare per sempre dalla buona chirurgia la piaga e non le estremità recise dell'intestino alle labbra della piaga, onde riunirle forzatamente, e che non rigiarli di ora in avanti non solo come pezzo inutile, ma ancora dannoso, quello di puntare il filo nel mesenterio, onde impedire quanto più sia possibile la retrazione dell'in-

testino e del collo del sacco erniario (1). Ho già dello sopra i vantaggi che il più delle volte l'aderenza contratta dell'intestino col collo del sacco erniario durante l'infiammazione che precede la gangrena, dà posto il chiergo di questa inutile e dannosa relinqua, ma che anche nel caso in cui l'ansa d'intestino gangrenata è libera da ogni attacco col collo del sacco, non è punto necessario di passare un filo nel mesenterio, onde tenerla forzatamente al di fuori, perchè quell'adesione che non è succeduta prima, si fa poco tempo dopo aver posto le parti allo scoperto, e perchè, rimandato al di fuori la porzione gangrenata dell'intestino dopo tolta la ragione immediata dello strozzamento, durante il processo di separazione della porzione gangrenata dalla sana, quest'ultima si fa aderente al collo del sacco erniario nei confini dell'anello, e di là dell'anello stesso, senza tema di veramento di fecce nel ventre. E se ne escluderli di quelli i quali sono periti in brevissimo tempo per ernia gangrenata, si sono talvolta giunti alle fecce effuse nel ventre, egli è perchè in questi soggetti l'intestino era aperto di là dall'anello inguinale, e precisamente nel ventre, interloca essendo ogni uscita alle materie enteriche per la piaga esteriore occupata dall'ansa intestinale strozzata. Che se in qualche altro caso la porzione d'intestino libera da attacco col collo del sacco erniario è stata trovata nel cadavere rientrata nel cavo del ventre con effusione di materie fecali, conviene dire che contro il rientramento v'è operato dopo l'ultima espirazione, in cui vedono risalite tutte le viscere del basso ventre e sollevato l'addome. Nulla di tutto ciò certamente accade nel vivo, e durante l'alterazione del diaframma e dei muscoli addominali. E per riguardo ai danni che derivano dal puntare un filo attraverso il mesenterio, coll'intenzione di impedire il regresso dell'intestino, non dovrei omettere, che quel filo, tenendo l'intestino applicato forzatamente contro la parete addominale, osta al facile scarico delle materie fecali per la ferita, e fa insorgere i sintomi di strozzamento, per quali il Chirurgo, assai spesso, è tratto a levarlo via poche ore dopo l'operazione. Oltre di ciò, quel filo at-

(1) Il sig. Paletta è uno dei primi i quali hanno evincuta questa verità. Vedi Giornale di Medicina di Venezia, tom. VIII, pag. 435.

traverso il mesenterio tenuto teso al di fuori del ventre, premendo in parti *splanchnici*, non può che accrescere grandemente la parziale e generale irritazione; e se le legature dell'omentalo, e del cordone spermatico è stata prescritta dalla moderna chirurgia perchè comprendeva nel nodo qualche sottile filino del nervo dei visceri, a più forte ragione dev'essi temere le tristi conseguenze della pressione, e della irritazione portate sui grossi e numerosi fili dello stesso nervo, i quali, sostenuti dal mesenterio, tendono agl'intestini (1).

§. XV. L'AFORISMO DI IPPOCRATE (2) *Si quod inferiorum graciliam discinditur, non coalescit*, è un fatto vero e costante nel giusto senso in cui debb' essere considerato, avuto riguardo cioè al modo già conosciuto di guarigione delle ferite semplici delle altre parti molli di territorio diversa da quella degli intestini. Imperciocchè le ferite degli intestini non guariscono giammai per ischiusibile qualità delle loro labbra coesenti, come fanno quelle dei trigoncoli, de' muscoli e delle altre parti molli ma unitamente mediante l'infiammazione adesiva del peritoneo, o sia per addossamento ed aderenza della porzione offesa dell'intestino al grande sacco del peritoneo o alle sue espansioni, siccome sono l'externa membrana dei virali intestini, o quella che circonda le altre viscere addominali. LAZZARUS (3) riporta il caso d'un mentecatto, il quale diedi diciotto coltellate nel ventre, delle quali otto erano penetranti con offesa manifesta degli intestini. Rimase egli in due mesi; ma portandosi in suoi delirij si tolse la vita col gettarsi da una finestra. Nel di intendevansi sono riscontrate le restituzioni del canale intestinale, delle quali altre erano aderenti al grande sacco del peritoneo, altre al retto contatto colle vicine ante del tubo intestinale, nessuna per reciproco contatto delle labbra della ferita

dell'intestino. Il peritoneo irritato ha una regolare proclività ad infiammarsi intorno al punto d'irritazione, ed addossato ivi a qualche parte vi si rende aderente. Una ferita da taglio, o quella prodotta da una palla che attraversi più volte d'intestino, si cicatrizza non altrimenti che per adesione d'un tratto dell'intestino offeso coll' interna superficie del sacco del peritoneo, o coll' interna membrana della viscera addominale colla quale si trova a contatto, e che poi lo stesso peritoneo (4); il quale contatto è interallorquando costantemente della pressione che le pareti muscolari dell'addome ed il diaframma esercitano alternamente contro le viscere del basso ventre nello stato d'inspirazione ed espirazione. Ne le cose procedono diversamente in seguito d'intestino gangrenato da quel che accade quando è stato semplicemente ferito, poichè da quanto è stato detto sin qui apparisce che in occasione d'eroia, dopo riparate le parti gangrenate dalle sane, il ristabilimento di continuità del tubo intestinale non si fa in altro modo che mediante l'aderenza delle due estremità troncate dell'intestino col collo del sacco erniario, o sia col peritoneo, il quale a guisa d'aggiuntivo o di estesa cicatrice supplisce alla porzione mancante d'intestino.

§. XVI. ALESSANDRO BENIVANTI (5) ebbe l'aforismo di IPPOCRATE ancor sì cari d'ulcerazione degli intestini; quibus, viscra, intestina ulceratione perforantur nunquam fere cicatricem contrahunt; non stricare naturaliter viscra appropinquatur. Conviene però distinguere i casi di *externa* ulcerazione degli intestini da quelli di *interna* corrosione dei medesimi. L'ulcerazione della esterna superficie degli intestini, siccome interessa il peritoneo prontissimo ad usurare l'infiammazione adesiva, d'ordinario s'acarta prontamente mediante l'adesione delle superficie ulcerate alle parti vicine, per cui vien impedita la perforazione

(1) Vedi le Tav. di WALTER.

(2) Sect. II, aphor. XXIV.

(3) Acad. royale des Sciences de Paris, an 1745.

(4) PRATERIO, Instit. Chirurg., § 694. *Illud enim ante omnia tenendum est, intestinorum, ventriculi, aliorumque receptaculorum vulnere, si contusum, non ita glutinari atque alia vulnere. Nam neque ita adducuntur ut se contingat, et inter se coeant, neque vulnere supereminente carne implentur, sed pars vulneris jugitur eluit, quae prope sunt, cum quibus media cicatrice coeunt.*

(5) Fed. MARCELLO DONATO. Hist. mirab. Lib. I, Cap. IV.

dell'intestino e conseguentemente l'effusione delle materie fecali nel cavo del testee. Al contrario l'ulcerazione interna dell'intestino, poichè occupa la membrana villosa, la quale non ha alcuna disposizione a chiudersi su di essa l'effusione odieriva, rimane solo di lenta, e quasi insensibile coagulazione; nè dà luogo a sintomi gravissimi se non quando l'ulcerazione è pervenuta alla superficie dell'intestino esteriore, ove, se il peritoneo prende aderenza alle parti vicine, la vita dell'infermo è salva, e se avviene il contrario la morte è inevitabile per ragione di effusione delle materie fecali nel testee. Abbiamo molti esempi di tal sorte, fra i quali il passaggio delle materie alimentari da una ricomposizione dell'ileo entro il crasso intestino, che ebbe origine da sorda ulcerazione interna dell'intestino tenue (1). Esiste in questo gabinetto lo stomaco d'un uomo, nell'interim tomo, nel qual si vede, di contro la piccola cucitura, esisteva di lungo tempo una vasta ulcerazione senza avergli cagionato considerevole molestia. Si tosto che la corrosione interessò il peritoneo ed eccitò l'infiammazione odieriva, insorsero sintomi di grave enteritide; e poichè non ebbe luogo una pronta aderenza fra la porzione ulcerata dello stomaco, e le parti vicine, si effusero le materie alimentari nel testee, e la perdita di questo soggetto fu inevitabile.

§. XVII. Il celebre chirurgo LA PARSANNO, avendo osservato che il restringimento della piaga esteriore e la cicatrizzazione dell'ano artificiale si effettuava tanto più sollecitamente quanto più il malato era sobrio, opinò, che in ogni qualunque caso di questa sorte dovessero i chirurghi tenere l'infermo ad una dieta assai rigorosa, se desideravano essi efficacemente di curare la fistola stercoracea perpetua. E quest'opinione sembrava tanto più da interessarsi, quanto che la esperienza aveva insegnato assai volte che in tal sorte di malati i disordini nella dieta, durante il corso di suppurazione della piaga, e maggiormente dopo chiuso l'ano artificiale, avevano occasionato coliche intestinali frequenti, penose, e non di rado anche mortali. Il LOMES in una sua memoria sopra questo argomento fece riflettere assai sensatamente, che quantunque zaggio e razionale po-

teve sembrare il precetto dato dal LA PARSANNO, esso però era direttamente in opposizione colla primaria indicazione, cui si propone d'adempiere il chirurgo nella cura di quest'istemetà; cioè che la dieta rigorosa, appunto poichè contribuisce a far restringere prontemente la piaga o chiuderla sollecitamente l'ano artificiale, lungi dal contribuire alla perfetta e sana guarigione del malato, è anzi, il più delle volte, la cagione precipua delle coliche alle quali l'infermo va sottoposto durante il trattamento di questa malattia, e più frequentemente ancora o con maggior pericolo di vita dopo la cicatrizzazione della piaga. Imperciocchè, diceva egli giustamente, se la perfezione della cura della fistola stercoracea e dell'ano artificiale, e la sicurezza della vita dell'infermo consistono nel dare la maggior ampiezza possibile al modo, qualunque siasi, d'unione fra le due bocche dell'intestino troncato, prima che la piaga si restringa di troppo ed osti all'uscita delle fecce per essa, egli è d'uopo far durante la cura, lungi dal tenere il malato ad una dieta rigorosa, egli si nutra anzi abbondantemente di sostanze facili a digerirsi, e prone a fluire pel tubo intestinale, affinchè mediante la distensione indotta dalla sostanza alimentare il luogo d'unione o di continuità dell'intestino venga ad essere a poco a poco dilatato sufficientemente prima che si stringa e si chiuda la fistola o l'ano artificiale. Al qual fine, oltre il vitto, come si è detto, abbondante e di sostanze facili a digerirsi, contribuirono assai que' mezzi che atti sono ad accelerare il corso delle materie fecali pel tubo intestinale, siccome sono i clisteri dati frequentemente ad i blandi purgantelli per intervalli. Che se in qualche individuo, non ostante l'impiego di tutti questi mezzi di dilatazione, il modo di comunicazione fra le porzioni superiore e l'inferiore dell'intestino troncato fosse così stretto e sì fortemente resistente alla distensione da non prestarsi per alcun modo alla giusta ampiezza, egli è evidente che tocca sempre meglio pel malato il continuare a nutrirsi abbondantemente di cibi facili a digerirsi, mantenendolo aperto e dilatato l'ano artificiale, che di esporlo con una dieta rigorosa a cadere in inasprimento e nella precoce chiusura della fistola stercoracea.

(1) COQUEUR. Nouveau Journal de Med. T. I.

non eridente periglio di perdere in breve la vita fra i più atroci tormenti. Questo argomento è consolidato dalle pratiche osservazioni, come dimostrerò fra poco.

§. XVIII. Ho provato di sopra che il più o meno di facilità al passaggio delle fecce dell'intestino superiore nell'inferiore dell'intestino dipende dalla gangrena nell'ernia, dipende in primo luogo dalla maggiore o minore retrazione del collo del sacco erniario, e con esso dell'intestino di là dall'anello inguinale, o vero dall'arco femorale, ed in secondo luogo dal maggiore o minore grado di dilatazione per loia delle materie alimentari nella base dell'*imbuto* membranoso fatto dal collo del sacco erniario, che costituisce l'atrio di comunicazione fra le due bocche dell'intestino reciso dalla gangrena. Quando dunque la perdita di sostanza dell'intestino non sarà stata che per un terzo della sua circonferenza, vi sarà tutta a sperare che in breve tempo le materie fecali periranno a dapprimere il promontorio (1) interposto fra i due orifizj dell'intestino, e che lungo la parete laterale intatta del medesimo intestino riprenderanno la loro naturale, abbandonando quella della piaga. Ma in que' casi che sgraziatamente sono i più frequenti, nei quali tutta l'ansa intestinale sarà stata distrutta dalla gangrena, poichè il promontorio, oltre che sporge molto all' avanti fra i due orifizj dell'intestino, è inoltre duro e resistente alla distensione, perchè fatto dalla parete d'ambidue le porzioni d'intestino che si toccano in linea parallela, e sotto un angolo acuto dalla parte del mesenterio, non è ripetibile di ottenere un passaggio alle fecce in quel luogo che mediante un'ulteriore retrazione del collo del sacco erniario e dell'in-

terstino, ed una maggior dilatazione che nel caso precedente della base dell'*imbuto* membranoso fatta dal collo del sacco erniario. Per la qual cosa in simili casi che, torno a dire, sono i più frequenti, nella mia opinione può maggiormente contribuire a produrre il desiato effetto quanto la copia abbondante e sostentuta delle materie alimentari di buona qualità e di facile digestione, spinte e forzate, per così dire, attraverso quella stessa angustia, effluvie premurose in dentro la base dell'*imbuto*, e l'allarghino, e perforano un mezzo giro meno angusto ed angolare che dir possibile nel loro passaggio dalle bocche superiori nell'inferiore dell'intestino staccato.

§. XIX. In prova della giustezza ed utilità di questo progetto polrei qui riferire molte osservazioni di pratica chirurgica; ma le reguente, benchè in picciol numero, basteranno, per quanto mi pare, ad illustrare e confermare il mio assunto. Ad una donna di risuonatai anni (2) essendosi fu recisa un'ansa d'intestino gangrenato della lunghezza di circa sei pollici. Le materie fecali uscirono per sì lungo tempo dalla piaga, che, per altro ogni speranza di radicale guarigione, nulla in quell'atto più vantaggioso per l'inferior, quanto l'intervenire in essa forzatamente dilatato l'ano artificiale. La malattia della quale si parla commise un errore nella dieta, e quell'errore lo in salutare; poichè, a motivo di ciò, essendogli stato prescritto un purgante di castoreo e manna, gli escrementi che in essa da quattro mesi non uscivan più altra via che per la piaga, ripresero nello stesso giorno il corso loro naturale, per cui in quindici altri giorni l'ano artificiale si chiuse e si cicatrizzò. Parimente in un uomo (3), alcune settime-

(1) Tav. IX, fig. III, A, fig. I, f.

(2) PIERRE, Acad. Royale de Chirurgie, tom. XI, pag. 262.

(3) MAURAND, De Epiploon-enterocoele crurali Dissert. Cum foramen ulneris atque intestini magis iungitur se contraherent nervus, et aliquot septimanarum spatio non nisi fluidiora transirent, remanentibus crassioribus faecibus, expevent nova abdominali distensione stultiora, quamvis non nisi fluida et jurecula hauriret parvas; imo cum et aegrum hoc orificium cicatrice prius occluderetur, pristina de novo ludi tragardia, redire, vomitus et influmatus, et tentio abdominalis dolorifica reaperunt. Sub novis hinc angustis injecti D. WERNE intestino recto per annum elymato aliquot, mediante vesica balnea, dein syringa, qua per vias impulsit copiose, fortiterque in unum mox oleum emollientia, mox stimulantia, donec eadem via copiosae faeces abbas excreverant, et vomitus aequae ut abdominalis molestia influmae cessarent, usque orge successive naturae per unum excretionis faecum constanter gauderet per viginti duo fere annos. — In cadavere duo intestini



ne dopo aver sofferto un'ernia femorale gangrenata, essendosi ristretta l'apertura superiore delle piaghe, insorsero di nuovo sintomi del tutto simili a quelli dello strozzamento, ancorchè egli fosse stato tenuto in una dieta assai rigorosa. Furono praticati prontamente i clisteri, pinna molliativi, posole stimolanti, mediante i quali le fecce furono lacerate a forza il passaggio di conto l'arco femorale, ed uscirono indi in abbondanza per la via del retto, lo che continuaron e fece regolarmente per ventidue anni, epoca in cui il soggetto sopra menzionato cessò di vivere per un'altra malattia. Nel cadavere d'riso è stato trovato che le due bocche dell'intestino ch'era stato tronco dalla gangrena comunicavano l'una coll'altra mediante l'interposizione del peritoneo, o sia, come ho dimostrato, per mezzo dell'imbuto membranoso fatto dai rimargini del collo del sacco erniario; e che, quantunque l'intestino in quel luogo fosse più ristretto del naturale, pure si lasciava un passaggio abbastanza spedito alle fecce. **Perré** (1) narra un caso simile a questo, in cui pel troppo sollecito angustamento della piaga stavano per rinnovarsi i sintomi di strozzamento, malgrado la dieta rigorosa cui si era assoggettato il malato. Ordinò Perré che fossero replicati i clisteri, ch'io suppongo fossero stimolanti, e da quel momento le fecce abbandonarono a poco a poco le vie della piaga, e ripresero quelle del retto. Similmente ed in un contadino di trentacinque anni (2) si giacchero l'ernia inguinale del lato sinistro ch'egli portava sin dall'età di diciotto anni. La cura lo del tutto abbandonata alle forze della natura. Separate che furono le parti mollesche e vider, quest'uomo non ha potuto mai tenere alcuna sobrietà, e continuò anzi a mangiar oltre misura, sicchè ad ogni istante contriveva innorargli l'apparato. Gli fu detto che s'egli avesse continuato a soddisfare il suo grande appetito come faceva, avrebbe finito per avere una fistola retroceca perpetua. Continuò

egli non pertanto nello stesso tenore, e fu necessario il lasciarlo fare. Per tre settimane non si vide alcun notevole cambiamento nella piaga. Dopo questo tempo l'idra cominciò a restringersi. Verso l'ottava settimana il malato rese per scesso notabile quantità di muco, poscia di fecce. Succesivamente si avrebbe l'evacuazione di chilo, e si diminuì quella per la piaga, di modo che tre mesi dopo l'accidente le fecce uscirono in totalità per la via del retto, e la fistola si chinò senza che il malato lo avesse visto. Il malato non molestato da coliche interstinali. A quest'ordine di cose si potrebbero riferire le storie, che sarebbero moltissime, di soggetti i quali per simile malattia sono rimasti per molti anni nello spedale ad una dieta tenera, e ciò non per tanto coll'ano artificiale sempre aperto; e che molti dello spedale, riprendendo essi l'esercizio del loro mestiere e nutrendosi abbondantemente di sostanze di buona qualità e facili a digerirsi, hanno cominciato a render le fecce per la via naturale, e nel tratto successivo purgiamente, sicchè si sono trovati guariti dell'ano artificiale.

§. XX. È d'uopo convenire però che questo punto di pratica richiede per parte del chirurgo una non ordinaria prudenza e circospezione. Imperciocchè, s'egli è vero per una parte che lo troppo grande sollicitudine di far chiudere l'ano artificiale mette il malato pel tratto successivo in pericolo d'aver preso da coliche frequenti e talvolta anche mortali, egli è egualmente vero che tutte le circostanze per la più completa guarigione essendo favorevoli, il mantenere longamente ed oltre modo dilatata la fistola retroceca rende il malato inutile per tutto il restante della sua vita senza ne merit di ciò fare. Per la qual cosa io sono di avviso, che se dopo un rito abbondante di sostanze facili a digerirsi, istruendo per cinque settimane, e l'uso non mai interrotto di clisteri leggermente stimolanti, e tutto tratto di qualche purgante, lo malato

*ileon, quod olim magnam instabat, et longitudinis jacturam fecerat et patredine sphacelatum, extrema iam acri per circumicem coacta, mediantibus peritonei protergibus ruptis suis, ut suffragaretur atque liber foecum communicatus permaneret ad annum, licet intestini diameter aliquantisper naturalis augeretur in loco coactus fuerit.*

(1) *Oeuv. posthume*, tom. II, pag. 503.

(2) *Bulletin des Sciences med. publiées au nom de la société med. d'émulation. Paris*, an 5607. Vedi inoltre *LEE Soc. med. di Londra*, an. 1825.

rie fecali premono gradatamente la via del retto ed abbassano a poco a poco quella della fistola, senza occasionare coliche frequenti nè assai dolorose, sicchè, arinto riguardo al rilievo ancor considerabile della fistola, vi sia tutto a credere che la distensione prodotta dalle materie alimentari sia stata sufficiente ad allargare questo busto in base dell'*ombelico* membranoso fatto dal collo del sacco ernario; si viderono da questi segni le più fomide speranze che si stabiliva la comunicazione delle due bocche dell'intestino, in modo da poter permettere alla purga di chiudersi senza che il malato sia esposto al pericolo di gravi recidivi emorragici. Nel fare la qual cosa si ritenne il chirurgo di postare alcuni rumori di pressione sulla purga onde agevolare le estremità, sì perchè l'esperienza mi ha insegnato che i malati in simili circostanze non possono sostenere codesta pressione per leggere che sia, come perchè l'intossamento della cirriale diminuisce l'impetenza del sottoposto tumore o rito di comunicazione fra i due orifizj dell'intestino, o perchè in fine la natura, ecco ne' casi di questi sorta è più felice, e dopo praticate tutte le diligenze per ottenere una cicatrizzazione completa, farsi quasi rostratamente aperto all'esterno un forellino, dal quale esce per intervalli, talvolta per parecchi anni, qualche gocciolina di fluidum arteria fecale che non inibuisce il malito. Ed in vista appunto della frequenza di questo fenomeno io sono di parere che non ostante le più rigorose circostanze per ottenere una guarigione assolutamente perfetta della purga, non costringa giammai permettere al forellino che sia nel centro della cicatrizzazione dell'ano a chiudersi intieramente, almeno se non dopo assai lungo tempo da che il malato ha cominciato a rendere completamente le fecce per la via naturale. Chè anzi giova, a srio credere, intrattenere aperto codesto forellino mediante una sottile candelletta di gomma elastica, la quale per la grossezza e lunghezza e flessibilità non incomodi punto il malato, e sia per essere il melesimo d'un grande so corso nel caso d'insuppelito accidente, prodottosi arresto di sostanze mal digerite nell'ano membranoso di comunicazione fra le due bocche dell'intestino lacerato. Ma se al contrario di tutto ciò che s'io detto finora, e non ostante l'uso abbondante di cibi di firi-

la digestione, di frequenti clisteri, di purgamenti tratto tratto, le arterie fecali, dopo trascorse parecchie settimane dall'accidente, continuano a sfrire in totalità o in gran parte per la piaga, e se si misura che questa tende a restringersi, le coliche insorgono più frequenti e più forti di prima, sono questi indizj certi che gli orifizj dell'intestino non si sono ancor ritirati abbastanza di là dei margini dell'anello inguinale o dell'arco femorale, nè hanno tratto seco noi porzione sufficiente di collo del sacco ernario, onde formarsi con esso l'ombelico membranoso o rito di comunicazione tanto ampio quanto si richiede per il corso alle fecce nel semigiro. In questo stato di cose commetterebbe grand' errore il chirurgo, se non mettesse in opera ogni mezzo perchè l'ano si riduca al suo stato di salute ed aperto nella giusta proporzione pel facile scarico per di là delle materie fecali. Dilatare quindi il chirurgo in primo luogo la fistola staccando per mezzo della spugna preparata, poi l'intestino nel giusto calibro mediante una grossa lasta di tela, di filace o di gomma elastica. Questi tenti, sulle prime, incomoderà alquanto l'infermo, ma poi egli si ricontinuerà, perchè essa non ecceda di troppo in lunghezza. Della lasta saranno ritenute per intervalli le materie alimentari onde dar tempo ed opportunità all'assorbimento delle sostanze nutritive, e col favore della lasta il malato userà al riparo dell'erosione del l'intestino, recidente contro il quale conviene che egli si tenga sempre in guardia.

§. XXI. L'erosione dell'intestino e suo di que' gravi inconvenienti che accade di vedere non solo in gro' casi nei quali è del tutto chiusa la via di passaggio delle fecce per la strada naturale, ma si trova in quelli nei quali una parte delle materie fecali si scarica per la fistola stercoracea, ed una parte per la via naturale. L'oscurazione che segue comproverà la verità di quest'asserzione. Domenico Paoli, d'anni ventitré, fu da me operato d'ernia scrotale del lato sinistro gangrenata. Incisa che ebbi la porzione inferiore corrotta dell'intestino tenue, e tolta la cagione immediata dello strarciamento, s'ergo dalla piaga copri grande di fluids materie alle quali tennero dietro parecchi lombrici con sollevo grande dell'infermo. Separate che furono dalle nature le parti gangrenate, gli orifizj del-

l'intestino tronco e il collo del sacco erniario si nascono di là dall'anello inguinale, e le cose procedettero ogni giorno di bene in meglio. Dopo alcune settimane le fecce ripresero il corso loro naturale, la piaga si ristruisse e non trarrebbe più che per lunghi intervalli alcun poco di sottile materia fecale giallastra per un piccolo peringio nel centro dell'eiecirice, nel quale stato il malito uscì dallo spedale. Pressò tre anni andò bene; poichè né i lavori della campagna, né il ritmo grossolano occorrono in esso dolori di ventre considerabili, nè ritardo di erezioni alvine. A quest'epoca egli fu preso da tosse gagliarda che lo molestò incessantemente per parecchi mesi; in seguito di che il piccolo peringio nel centro dell'eiecirice cominciò ad allargarsi, poi a dar crollo ad una quantità di materie fecali maggiore del consueto. Successivamente rinvenni fuori da quel foro un tubercolo rosso che a mano a mano s'ingrossò fino a formare un tumore lungo due pollici e mezzo, e largo quanto può essere un'ogale porzione d'intestino tenue arroverciato. A misura che questo tumore rosiccio si rendeva più voluminoso e proinibente all'infiori, cominciarono le scariche che in fine il sopprimerò del tutto. In questo stato il malato fece ritorno allo spedale. Non provai alcuna difficoltà a fer rientrare completamente l'intestino arroverciato; poscia portai per entro del tubo fistoloso un tasto di tela della grossezza d'un dito, lungo un pollice e mezzo, la quale si distese verso il fianco sinistro. Poche ore dopo l'introduzione della tasta il malito, non senza qualche mia sorpresa, ridò di corpo respiratamente, allargando la preenza della testa contro la fistola, e senza provi dolori al ventre di qualche rilevanza. Continuai a praticare lo stesso apparecchio per una settimana, dopo di che ferri la tasta e poi soltratto un globo di filaccia dietro l'orificio della fistola, nella fiducia che il canale fistoloso, abbandonato a se stesso, si sarebbe di nuovo ristretto e tanto da impedire, come aveva fatto ne' precedenti tre anni, l'arroverciamento dell'intestino. Ma le cose andò altrimenti; poichè, quantunque il malato si tenesse costantemente coricato e facesse un ogni giorno di tre o quattro ritiri, ora molli, ora stimolati, e talvolta il un purgante, nè fosse più molestato da tosse, pure la fistola non si ristruisse, le scariche al-

vine tornarono ad essere scarse, ed in fine l'intestino si arroverciò di nuovo all'infiori come prima. Tornai ad introdurre la giusta tasta lunga un pollice e un quarto, ed immediatamente dopo le fecce ripresero le via naturale, sicchè poco ne usciva per la piaga. Conobbi allora la necessità che il malito portasse continuamente la tasta, come l'unico mezzo di evitare al rovesciamento dell'intestino, di allontanare le fecce dalla fistola e dirigere verso il retto. Ho potuto alle prove varj ordigni che mi erano sembrati opportuni a tenerlo fermo al suo posto; la tasta, ma nessuno di quelli è stato tollerato dal malito, specialmente quando era in piedi o camminava, quantunque non producessero che una moderata prurione. Ciò che meglio l'ogni altra cura corrispose all'intento il fu un compresso rotondo di lina fiera e latta. Il soggetto di cui si parla continua da due anni a portare la tasta, e rara è' suoi rifari. Da questo fatto risulta, 1.<sup>o</sup> che l'arroverciamento dell'intestino può aver luogo e nonchè sia bastantemente libera la comunicazione fra le due bocche dell'intestino per mezzo dell'istesso membrano; 2.<sup>o</sup> che l'arroverciamento dell'intestino può durare parecchi anni dopo la ristruce della fistola ricorrendo pel forellino che quasi sempre rimane nel centro dell'eiecirice; 3.<sup>o</sup> che esistendo prima dell'arroverciamento le libere comunicazioni fra le due bocche dell'intestino mediante l'istesso membrano, riposta che sia la porzione arroverciata del medesimo intestino, e ritenuta in sito mediante l'introduzione d'una grossa tasta, le fecce riprendono il loro corso naturale, malgrado la presenza della tasta stessa per entro la fistola ricorrendo; 4.<sup>o</sup> che dopo riposto l'intestino arroverciato, non mancando il tubo fistoloso rimanga disposizione a restringersi, e d'altronde essendo pronto l'intestino ad arroverciarsi come prima, il solo espediente che rimane da prendersi, si è la perennanza della tasta per entro della fistola mediante la fasciatura sopra indicata.

§. XXII. Lo stato miserabile in cui si trova un infirmo dopo il peritritone ed inopportuno rintramento dell'ar o artificiale, o l'arresto di qualche sostanza mal digerita, o di vermini nel mezogastro che fanno le materie fecali per tutto l'istesso membrano, non è dissimile da quello in cui egli si trova a que-

do gli si strombò l'ernia. Egli è assalito da dolore vivo nel luogo della fistola stercoracea, da tensione di ventre, indi da vomito e da singhiozzo con polsi irregolari e generale abbattimento di forze. In così arduo riscontro, s'egli non è prontamente soccorso, ne muore in breve tempo per cagione di rottura di intestino e di effusione di materia fecali nel cavo del ventre. E questa rottura si fa costantemente nella porzione superiore dell'intestino, grandemente dilata poco sopra del promontorio, ed in vicinanza del punto d'innesto dell'orificio superiore del medesimo intestino nella base dell'*imbuto membranoso*. Nel maggior numero di questi casi l'osservazione e la esperienza mi hanno insegnato che si perde un tempo prezioso nell'amministrazione d'inutili rimedj, ed eruzione dei frequenti clitori. Il parganti sembrerebbe che dovessero essere quei farmaci nei quali si dovesse riporre il più di fiducia, se dal chirurgo si potesse in ogni caso di questa sorta calcolare con abbatanza di sicurezza il grado di resistenza che si oppone al passaggio delle materie fecali per entro l'*imbuto membranoso*. Ma egli è appunto ciò che s'ignora; e quindi succede il più delle volte che o il rimedio purgante è rigettato, o vero che la spinta da esso data alle forze, lungi dal promuovere il corso per la via naturale e per l'artificiale, accelera piuttosto la rottura dell'intestino e l'effusione delle fecce nel ventre. In questi casi gravi ed argentissimi non avvi, senza dubbio, che un sol mezzo di salvezza pel malato, cioè quella della pronta evacuazione delle materie fecali per la fistola. Se il tubo fistoloso non è grandemente ristretto, sicchè possa ammettere una piccola penna de scrivere, si spinge a poco a poco per entro della piaga una siringa di gomma elastica, siorchè penetri nella porzione superiore dell'intestino, ove quasi spontaneamente si dirigi, e con questa si dà esito ad una grande quantità di liquido meteorico fecali, con pronto alleviamento di tutti i sintomi; parisi si dilata la fistola colla siringa preparata, e si mantiene nel tratto successivo in questo grado di dilatazione mediante l'introduzione della lista di tela. Ed è per quest'ampia apertura ch'essendo poi le sostanze mal digerite ed i lumbrici

arrestati nell'*imbuto membranoso*. Se poi all'insorgenza de' gravi sintomi e mortali il tubo fistoloso è di già così ristretto da non ammettere che una sottile sonda scanalata, non rimane al chirurgo altro miglior espediente da prendersi che quello della incisione di tutto il tubo fistoloso sin entro l'*imbuto membranoso*, dopo di che, se non esistono completamente le materie fecali, vi può essere luogo all'introduzione del tubo di gomma elastica ed agli altri mezzi conineti di dilatazione. Ne codesto taglio è grandemente pericoloso, perchè fatto da mano esperta, nè abbisogna d'essere approfondato assai, nevegnchè l'*imbuto membranoso* non si trova a molta profondità sotto la cicatrice della piaga, ed il forellino che sempre rimane nel centro della cicatrice conduce la sonda sottilissima precisamente entro l'atrio membranoso ove trovansi arrestate le materie fecali. Questa maniera di *gastronomia* diversifica assai da quelle che si sono altre volte proposte, ma che in riguardi il motivo per cui rendesi necessaria, o vero il modo di eseguirle, ed è la sola di questo genere che merita di essere ammessa fra le operazioni di chirurgia, perchè appoggiate sopra solidi principj, ed inoltre di facile e sicura esecuzione. Al quale proposito giova di qui riferire un esempio di felice successo di questa operazione eseguita da REAUME (1). Un uomo di venticinque anni portava da tre anni un'ernia inguinale nel lato destro. Nel mese di settembre 1772 fu egli sorpreso da strombamento nell'inghine coi sintomi più formidabili. REAUME, sopracchiavato tre giorni dopo l'accidente, trovò il malato in uno stato di generale abbattimento, con polso piccolo contrattivo, singhiozzo e vomito di materie stercoracee, sicchè tutto annunziava una prossima morte. Mediante il taglio dell'ernia fu posta allo scoperto un'ansa d'intestino lunga da sei in sette pollici, con una porzione d'omento prossima a gangrenarsi, la quale fu recisa senza legatura. Due ore dopo la reposizione delle viscere nel ventre e l'applicazione dell'apparecchio, il malato morì di corpo, e nel giorno appresso, sotto l'uso di un purgante, cessarono in esso i dolori di ventre. Quindici giorni dopo, le cose essendo spaziosamente in buono stato, il malato fu pre-

(1) *Journal de médecine*, juin 1787, pag. 547.

so di nuovo de dolori colici, ed al levar della apparecchiatura trovata la piaga imbrattata da materie fecali e da due vermi. Restava preserire un autemintico ed un diestere da applicarsi ogni due giorni. Ventitre giorni dopo, l'uscita delle fecce per la piaga era già sensibilmente diminuita. Nel vigesimosesto un purgente epine in masima parte gli escrementi per la via naturale, e nei giorni successivi molto più, sicchè nel trigessimosesto andò a cicatrice. Un mese dopo, l'escrezioni altrios tormentoso di nuovo ed essere rare o difficili, ed lusora un dolore fisso nell'inghine destro ed disopra della cicatrice con manifesta tumidezza. Restava riconobbe in quel tumore un eretto di materie fecali, e dopo aver praticati involtamente i salati, i cataplasmi molliativi, i elistieri, si risolse di farri un'incisione, la quale era tanto più necessarie ed urgente quanto ch'era riomparso il vomito con polti piccioli e sudor freddo. L'incisione della cicatrice e del muscoli addominali preparò l'adito e penetrare colla punta del bisturino nell'intestino tondo (o piuttosto nell'atrio di comunicazione fra le due bocche dell'intestino futto dall'imbuto membranoso) dal quale uscirono le fluide materie fecali con un getto il forte da estinguere una candela, ed introdurre l'operazione di capo a piedi. La ferita dell'intestino (o dell'imbuto membranoso) dilatata abbastanza da poter ammettere l'apice del dito, ha poi nell'operatore con questo mezzo estrarre un globo grosso como non uoce di materie fecali indurite, arente nel centro un nocciuolo di prugna, grani e pellicine di pomi cotti. Due giorni dopo quest'operazione il malato prese un purgante che produsse il suo effetto soltanto per la piaga. Nel sesto giorno comparvero l'escrezioni alrine, e si diminuirono quelle per la piaga. Un altro purgante dirette più validamente di primi le fecce pel retto intestino. Non sopravvenne alcun altro accidente, e la piaga nel vigesimoprimo giorno si cicatrizzò di nuovo.

§ XXXII. Un altro grave accidente prodotto dal prematuro ed incongruo restringimento dell'ano artificiale si è l'infiammazione delle materie fecali fra l'apoverrosi dei muscoli addominali, e segnatamente fra quella dell'obliquo esterno ed i comuni tegumenti dell'inguine, da cui derivano poi necessariamente ascessi e fistole stercoree numerose

SCARPA Vol. II.

d'intorno la regione inguinale ed iliaca, due logorano le forme del malato e lo conducono al sepolcro, como appertir dal caso che segue Francesco Ferrario, d'anni venti, portava un'ernia inguinale congenita dal lato destro, che gli s'incarcerò e gangrenò. L'ernia era composta d'omento e d'intestino. La porzione d'omento protrusa fu recisa dal chirurgo in vicinanza dell'anello inguinale. L'ansa d'intestino livida, ma non ancora sfacellita, fu riposta d'intorno l'anello. Cessarono subito dopo l'operazione il vomito ed il singhiozzo, e due ore dopo il malato ebbe parecchie scariche di ventre nerastre fetidissime. Nella notte del terzo giorno si soppressero l'evacuazioni alrine e gonfiò il ventre. Nel quarto giorno la porzione d'intestino livida, riposta d'intorno l'anello, scoppiò, e quantunque non fosse stato passato il filo pel mesenterio a fine di ritenerla in quel luogo, le materie fecali uscirono per la piaga in gran copia, finalmente ad un grato lenimento. Inti le cose proccedettero indolentemente sino al giurao venti dall'operazione, nel quale tempo la piaga aveva fatto progressi accelerati verso la cicatrice. Lungi dal riaprirsi maggiormente il recesso, insorsero dolori di ventre, e delle ricidiazze della eresia dell'ano del fianco destro, ove parca comparsa un ascesso, che presto diede esito a materie fecali marce. Non molto dopo il malato fu preso da dolori acuti poco sopra del pube con tumidezza, comprimendo la quale uscivano le fecce colle materie torrisse per la fistola stercorea primitiva. Un diordine nella scelta delle sostanze alimentari fece sospendere del tutto l'evacuazione alrina, e ciò diede occasione ad un nuovo ascesso o nuova fistola stercorea sopra del pube, fra la quale e lo precedenti si elararono l'uno dopo l'altro alcuni tubercoli a modo di funicoli, che fatti poscia neri e gangrenosi diedero uscita a molte fetidissime materie fecali. Ed è da rimarcarsi che da parecchi di que'fori fistolosi sono uscito delle semenzi di perz che l'infermo aveva mangiato in quantità. Non ostante la buona nutrizione e l'uso non mai interrotto dei rimedj corroboranti, l'infermo andò decadendo di forze sino al marasma, ed infine ucciso di febbre gagliar la con brividi di freddo e dolore atrocissimo nel troncare destro, dopo quattro mesi di continui tormenti cessò di vivere. Nel cadavere di esso ho tro-

vui o che le due bocche dell'intestino disposte in linea parallela fra di loro, erano circondate e comprese dai rimasugli del collo del sacco erniario. La base dell'*imbuto* membranoso però era breve, e ristretta, e l'apice di esso, al di qua dall'anello inguinale e poco sotto ai tegumenti, si apriva in una fessura capace di contenere una noce, dalla qual fessura, nemora internamente, partivano altrettanti canali fistolosi quanti erano i fori che nella regione inguinale ed illica davano esito alle materie fecali unitamente alle masse. Ed era cosa per se stessa manifesta, che breve essendo stata in questo soggetto la retrazione del collo del sacco erniario, e perciò picciola la capacità dell'*imbuto* membranoso, o sia alveo di comunicazione fra le due porzioni troncate dell'intestino, la feccia trovavasi più di facilità a scaricarsi per la piaga che per la via naturale. Durante il trattamento, la piaga tutto ad un tratto essendo divenuta ristrettissima, il malato fu esposto a due grandi pericoli, quello cioè della rottura dell'intestino sopra dell'attacco dell'*imbuto* stesso coll'*imbuto* membranoso, l'altro dell'infiltramento delle materie fecali fra le spongerie dei muscoli addominali ed i comuni tegumenti dell'inguine, e quest'ultimo è quello che ha avuto luogo; al quale accidente il chirurgo avrebbe potuto andare al riparo, se, fatta attenzione alla scarsità delle evacuazioni alvine, al troppo celere agguastamento della piaga, alla tensione del ventre, alla comparsa del primo accesso stercoraceo, avesse dilatato in tempo col taglio, colla spugna preparata o con ambedue questi mezzi il canale fistoloso primitivo; il qual precetto non dovrà giammai essere trascurato in simili circostanze, ed al primo apparire dell'accesso stercoraceo nei contorni della fistola o dell'ano artificiale.

§. XXIV. Paragonando ora l'operazione di Hæmmon (1) colla semplicità ed efficacia dei mezzi che la natura impiega per ristabilire la continuità del tubo intestinale stato gangrenato nell'ernia, non si può che riconoscere la superiorità di questi mezzi della natura in confronto di quelli che non s'ati suggeriti

dall'arte. Primieramente l'inragginazione dell'intestino non è praticabile in un gran numero di casi d'ernia strozzata e gangrenata, a motivo della forte aderenza che durante lo stadio infiammatorio dello strozzamento la porzione sana dell'intestino ha contratto col collo del sacco erniario; in secondo luogo perchè, anco in que' casi nei quali non esiste codesta aderenza, non riesce che ben di rado di trarre in fuori tanta porzione di tubo intestinale quanta si richiede per eseguirsi esattamente l'inragginazione. Inoltre gli aspri contatti, il maneggio delle riscere, e le trafigure, le strature prodotte dai fili, sono cagioni per se sole bastanti a far infiammarsi la porzione sana ed invaginata dell'intestino, e render nulla e mortale l'operazione. A questo cagioni di soverchio irritamento hanno aggiunto i moderni chirurghi nell'oro sperimenti anori stimoli, siccome l'introduzione nell'intestino invaginato d'un segmento di trachea di carie incrinata, di sego, di colla di pesce ed altre simili sostanze da cucirsi insieme all'intestino intraso nell'altro, la presenza delle quali sostanze, oltre d'essere d'ostacolo al corso delle materie fecali, spingono l'infiammazione dell'intestino invaginato e cucito ad un sì alto grado da far perire i malati fra i più acerbi tormenti (2). I fogli letterari (3) accennano parecchie esperienze state inutili da Thomson di Edimburgo e Smith di Filadelfia sui cani, ed oggetto di dimostrare che gli intestini troncati possono essere cuciti insieme e riposti nel ventre senza compromettere la vita dell'animale, e senza temere che le legature cadano nel vano del ventre, le quali legature per un igoto processo della natura rengono espone insieme alle fecce. Nulla iri si dice del modo col quale queste cuciture sono state praticate, ed in qual maniera le labbra dell'intestino troncato siano state poste a scambievole contatto, cosa difficilissima da ottenersi per appunto ne' cani; poichè in questi animali appunto gli orifici dell'intestino troncato, a motivo dello spasmo, e dell'irresistibile della topica interna all'intuori, si stringono talmente, che appena si può introdurre uno spicchio. Qualunque

(1) *Mozzini Obs. med. miscellan., obs. XVIII.*

(2) *Annales de lit. méd. étrang., avril 1809, pag. 326.*

(3) *Vedi i tentativi fatti in questa proposito da Boreau Memoires de la soc. de méd. de Paris, tom. I.*

ria però il fatto mezzo di risonanza, dubbio ar-  
rai che sia applicabile con speranza di buon  
successo al caso d'intestino troncato nell'ernia  
per motivo di gangrena. Simili esperienze, an-  
cor quando hanno un buon esito, non portano  
altro se non che si può eseguire sopra gli ani-  
mali un numero grande di operazioni con fe-  
lice successo, le quali operazioni sono il più  
delle volte inutili o mortali per l'uomo. Al  
contrario di tutto ciò noi crediamo aver fatto  
quasi giornalmente che in natura colle proprie  
sue forze e con maravigliosa semplicità di me-  
ta effettua blandemente la cura di guarigione,  
preparandosi, per così dire, all'opera col far  
prevedere alla gangrena dell'intestino strozzato  
l'adesione della porzione sana del molles-  
simo intestino al collo del sacco erniario; indi,  
caduta che sono le parti gangrenate, retruen-  
do casualmente il cavo del ventre l'ernia tron-  
cata dell'intestino unitamente ai resti del collo  
del sacco erniario. Per mezzo di quest'imbuto  
membranoso sulle prime dirige le materie fe-  
cali per le piaghe, porta ne forma un altro o  
diversorio per entro del quale le materie fecali,  
versate dalla bocca superiore dell'intestino,  
fatto un mezzo giro, entrano nelle bocche infe-  
riori del medesimo intestino. Per due o tre  
fatti di felice riuscita dell'operazione di Rax-  
mann, sono innumerabili ormai i casi di com-  
plete guarigioni che si possono riconfermare,  
operata dalla natura senza l'intervento dell'arte,  
per cui al giorno d'oggi si possono riguardare  
come fortunati quei malati, i quali in circo-  
stanze tanto gravi quanto sono queste calano  
nella mani di chirurghi inesperti, e non trop-  
po solleciti di chiudere la fistola stercoracea.  
PARRY (1) aveva sentito più che ogni altro l'im-  
portanza di questa dottrina quando scrisse:  
*heureux les malades qui tombent entre les*  
*maines des chirurgiens novices de cette ve-*  
*rité. Ceux-ci s'attachent à éloigner ce que*  
*ils croient pouvoir troubler, ou interrompre*  
*la nature dans ses fonctions; et n'ya aaront*  
*pas moins de gloire. Forse sembrerebbe che non*  
sia l'opportunità di praticare l'operazione  
di Raxmann debba presentarsi più particolar-  
mente ne' casi di ferita dell'addome con uscita  
d'intestino troncato completamente dal ferro,  
o gangrenato per lungo esposizione di esso ri-  
l'aria. E per verità sarebbe desiderabile che

questa o tal'altra simile operazione potesse es-  
sere praticata con speranza di buon successo  
nelle circostanze delle quali si parla, perchè  
egli è per troppo dimostrato dalla esperienza  
che in simili casi la natura non è bastante per  
sè sola e ristabilire la continuità del tubo in-  
testinale come fu in seguito d'ernia gangrena-  
ta. Ma io dubito assai che neppure ne' casi di  
ferita dell'addome con uscita d'intestino tron-  
cato o gangrenato possa aver luogo l'operazione  
di Raxmann con fiducia di buon successo, poichè  
d'ordinario quel ferro che ha troncato com-  
pletamente un intestino, ha indotto un sì  
enorme squarcio nel ventre e nelle viscere ad-  
dominali, che poco o nulla rimane a sperare  
per la cura del malato; e nel caso in cui l'anza  
d'intestino stretta fra le labbra della ferita si  
è gangrenata, poichè prima della separazione  
della porzione gangrenata, la sana ha già pre-  
so aderenza colle labbra interne ed esterne  
della ferita dell'addome, nè può essere tratto  
in fuori e tanto da poterne istituire l'intra-  
ginnione, codesta operazione è insequibile,  
e meno che non vogliasi esporre il malato a  
pericoli di gran lunga maggiori di quelli d'un  
non artificiale periglio.

§. XXV. Io prevedo più oltre col punto  
dell'intestino protruso e ferito, e non dubito  
d'asserire che ancor nel caso di ferita laterale  
o trasversale dell'intestino, la uscita di esso,  
in qualunque modo vogliasi praticare, sia per  
essere costantemente non solo un'operazione  
impropria ed inutile, ma ancor pericolosa e  
mortale. Imperciocchè, in qualunque modo  
 venga eseguita, non si possono evitare i gra-  
vissimi inconvenienti che danno occasione le tra-  
stienze, benchè in picciol numero, e la prezen-  
za del fili ritrattori la sostanza di un riscer-  
va qual è l'intestino dotto di molta vitalità e  
di squisita sensibilità, coperto dal peritoneo  
prestitissimo ad infiammarsi, e disposto a pro-  
pagare repentinamente l'infiammazione tutto il  
residuo del canale intestinale e della circo-  
stanza addominale. La esperienza di molti recoli ci ha  
pur troppo dimostrato che nel maggior nu-  
mero de' casi ne quali è stata praticata la ruri-  
tura dell'intestino protruso e ferito, i malati  
sono periti in brevissimo tempo fra i più ac-  
ci dolori, e che quei pochiissimi i quali sono  
scampati, furono debitori della vita o all'as-

(1) *Traité de medecine, Chirurg. T. II, pag. 403.*

seri formula una regola dall'omento, entro della quale, dopo raduta la ruitura, li due orifizi dell'intestino trovarono un mezzo di comunicazione fra di loro, come è stato esposto superiormente, ovvero all'estero largelli i punti prelatamente, ed all'espulsione dei fili per la ferita unitamente alle materie intestinali che continuarono a fluire per più o men tempo sino alla perfetta ricatrice della ferita melleirina. Ogni chirurgo verasto nella pratica, specialmente de' grandi e popolosi ospedali, ha avuto certamente più volte occasione di osservare che la ferita dell'intestino colon nella regione iliaca destra o sinistra con uscita delle feci, superati i primi sintomi di peritonite e generale incitamento, continua per certo tempo a dar esito agli escrementi, poscia si stringe e si chiude, e le materie escrementizie escono in totalità pel retto. Si ciò accade perchè l'lesione naturale del crasso intestino ai lati della parete addominale, si oppone all'effusione delle feci nel cavo del ventre, e perchè l'ampio intestino allontingersi e chiudersi della esterna ferita non mette ostacolo veruno alla dilatazione delle materie escrementizie per la via naturale. Per la qual cosa, se, protraso e ferito un intestino tenue, fosse in potere del chirurgo, come lo è certamente, per le forze combinate dell'arto e della cintura, di riporlo nel ventre in modo che l'iniezione dell'intestino fosse posta a stretto contatto ed esista direzione collo interno labbra della ferita dell'addome, egli è indubitato che la porzione offesa dell'intestino prenderebbe aderenza in breve tempo col peritoneo e collo interno labbra della ferita dell'addome; che le finite materie intestinali uscirebbero per di là durante certo tempo, e che in fine, come accade in occasione di ferita dell'intestino crasso, così in quella dell'intestino tenue, stringendosi e rientrandosi l'esterna ferita, le materie fecali riprenderebbero in totalità la via naturale. La differenza di calibro fra l'intestino tenue ed il crasso non metterebbe ostacolo allo progredimento delle materie alimentari, poichè quest' sono d'ordinario assai fluide, e d'altronde vediamo che vi passano sopra in guarigione dell'ano artificiale, malgrado l'angolo acuto che l'intestino fa colla punga, e quantunque l'intestino medesimo abbia fatto notabile perdita di sostanza. In ogni modo il malato conserverebbe la vita, quando

anco ne dovesse risultare da ciò una fistola eterogenea perpetua. Appoggiato a questi principj ideotti dal confronto delle ferite e penetranti con offesa dell'intestino crasso, colla protrusione e ferita dell'intestino tenue, riconosco la possibilità di curare queste ultime senza il ricorso della eustoma. Nè me mancano esempi di simili guarigioni, fra i quali uno recente d'intestino tenue protraso e perangiato localmente da un chirurgo di compagnia nell'atto di respingerlo nel ventre mediante l'apice di un fuso. In questo soggetto, senza l'aiuto d'altruna eritura o di lacerazione passata pel mesenterio, la porzione offesa nell'intestino si è rimasta a contatto col peritoneo in direzione colle interne labbra della ferita dell'addome, della quale le materie intestinali continuavano a fluire per lungo tempo, poscia ripresero la via naturale e permiseo all'esterna ferita di ristuzzarsi. Questo giovane uomo gode presentemente della più perfetta salute, non accusa alcun incomodo dipendente dalla sofferta ferita, nè da ritardo delle materie fecali lungo il canale intestinale tenue. La pressione costante che il diaframma ed i muscoli addominali esercitano su tutte le viscere del basso ventre, e principalmente sopra quella porzione d'intestino che trovasi discontro al punto più debole dell'addome per ragione di ferita, fa sì che il tratto d'intestino aperto, lungi dalla scottarsi dalla ferita dell'addome, ha una tendenza ad innasarsi, e successivamente a contrarre aderenza colle labbra della ferita melleirina. Quarantott'ore o poco più bastano, perchè mediante l'infiammazione odovosa l'intestino contragga aderenza col peritoneo e colle interne labbra della ferita. Finitanto non sarà ommesso tutto ciò che può contribuire a calmare il dolore, a frenare l'impeto della circolazione, ed a circoscrivere l'infiammazione entro i limiti dell'adesiva. L'esterna ferita poi sarà mantenuta aperta colle stesse precauzioni, e diretto le mediche indicazioni che sono altre di sopra stabilite per riguardo al trattamento dell'ano artificiale, evitando cioè che l'esterna ferita non si stringa che in proporzione dell'incremento delle materie alvine e della diminuzione delle materie alimentari per la via della piaga. Sul quale proposito cade in acconcio di rimarcare che la condotta del chirurgo nel trattamento delle ferite penetranti dell'addome con pro-



ensione ed offesa dell'intestino tenue debb'essere del tutto opposta a quella eh'egli deve tenere nella cura delle ferite penetranti del petto con offesa del polmone. In queste la fisiologia e la spetienza c'insegnano di chiuder immediatamente l'esterna ferita, e, come dicea per primo intensione, di farne l'impulso della circolazione coi replichi salutari, coi rimedi antiflogistici, perchè l'effusione di sangue nel petto si faccia meno che sia possibile, e perchè non potendo evitace che questa sia alai considerabile, la stessa copia del sangue interposto fra la pleura ed il polmone contribuisca a mettere il viscerò offeso in perfetta quiete, e concorra ad arrestare l'emorragia per mezzo del trombo, ed inieciamente ad agevolare il coaglio della ferita polmonare. Impeccioche, ottenuta la coesione della sostanza divisa del polmone, il sangue effuso è in piccola quantità, e questo in progresso di tempo è ripreso dagli assorbenti, o vero è in gran copia, e questa, dopo rimarginata la ferita del polmone, solleva in tumore l'esterna cicatrice, la ciapre e si fa strada al di fuori (1), o in fine mostra la necessità della controapertura nel basso del torace. Al contrariò di tutto ciò nelle ferite penetranti del basso ventre con uscita ed offesa dell'intestino, ninna cosa interessa più da vicino la conservazione della vita dell'infermo quanto il tener aperta l'esterna ferita dell'abdomine, per cui abbino un libero esito le materie fecali, e perchè l'intestino offeso sia costantemente clemato dalle forze dei muscoli addominali e del diaframma, diretto verso il punto più debole di tutto il ventre, e contragga in breve tempo aderenza col peritoneo e colle interne fibbre della ferita dell'addome; dopo di che non avvi più a temere alcuna molesta effusione di materie iccianti nel ventre, ed a misura che le fecce riprendono il corso loro naturale, si può imprimevolmente permettere all'esterna ferita di restringersi e di chiudersi completamente.

§. XXVI. Un nuovo ed importante progetto è stato fatto da DUCROUX per la cura dell'ano artificiale, qualunque volta la natura, per se sola, non è stata bastante a compiere

l'opera della guarigione. E non è bastante in que' casi nei quali l'intestino tenente della gangrena non si è ritirato abbastanza, ostinatamente al collo del uero orificio, al di là dell'anello inguinale, o centrale, per cui il focus l'imbuto menbranosus in queste circostanze, come si è detto più volte, lo sprone fra l'uno e l'altro orificio dell'intestino si porta tanto all'innanzi da essere quasi a contatto colle interne labbre della piaga, e quindi impedire la comunicazione dell'orificio superiore coll'inferiore. Il dritto ed aspesto chirurgico sopra nominato propone di togliere di mezzo codesto sprone ed in questa guisa supplire alla mancata dell'altro menbranosus fra i due orifizj dell'intestino. Per ottenere l'intento egli vi ha impiegati una tanghetta mordente munita nel menico d'una vite, colla quale si possono stringere gradualmente le anse. Introducete una delle anse nell'orificio superiore dell'intestino, l'altra nell'inferiore orifizio, e tirate ambedue all'indietro per un pollice e mezzo, stene con esse gradatamente lo sprone, e lo tenno stretto finchè, dopo alcuni giorni, caduto in necrosazione, se ne torcò. E quanto alla cura consecutiva a questa operazione, egli tenne l'infermo sulle prime ad una dieta severa, poichè gli accordò un vitto abbondante, ma di facile digestione. Più d'un felice successo ha coronato questa razionale intepresa. La precipina, e forse la sola difficoltà, la quale osta all'esecuzione di questa operazione si è, che l'orificio inferiore dell'intestino, dopo un lasso di tempo assai considerabile dalla separazione della porzione gangrenata, si è ritirato assai, eziendo lo basso, e quasi nascosto dietro del superiore, ed il tubo della fistola stercoracea è essai augurato, eziando e fatto da due giorni. Le persone dell'arte aspettano nilecoci dettagli dal benemerito autore di questa nuova, ed utile operazione.

§. XXVII. Finirò questa Memoria col riferire: un'osservazione (2) di entita d'intestino nell'etia inguinale occasionale unicamente da gagliardo ictus; accidente ch'io riguardo come casuismo, e per parecchi altri motivi

(1) PETIT, discours sur les maladies principales observées dans l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant neuf années, pag. 293.

(2) Comunicatami dal sig. LAFAYE, chirurgo maggiore delle truppe francesi.

meritevole d'essere registrato. Un soldato della legione italiana per nome Piziani, giovane di anni, sotto un gagliardo sforzo, tirando la catena del ponte levatoio della fortezza di Longone, si è sentito ricomparire l'ernia che aveva avuto nella sua fuoriuscita nel lato destro dell'inguine, e della quale egli si credeva guarito da parecchi anni. L'accidente ebbe luogo la sera, ed il malato non fu trasportato allo spedale che la mattina del dì seguente. Lo scroto era enormemente disteso. Il suo peso non lasciava alcun dubbio sull'esistenza delle parti che conteneva; ciò non per tanto la regolare superficie del tumore, ed un certo suono che rendeva leggermente percusso, faceva sospettare che inoltre si fosse contenuta aria mista ad un fluido acquoso. L'anello inguinale sembrava pochissimo dilatato, e ciò rendeva difficile il comprendere come per di là era uscito un sì grande volume di parti. Il malato non si querelava di forte dolore, ed si era dormito alcun poco. Il dì 1.º di poi aveva maggior espansione e vigore di quello che si suol riscontrare ne' casi d'ernia inguinale incarcerata. Il tumore era succeduto alcuni istanti dopo l'accidente, ma poi si era calato, e non aveva lasciato che alcun poco di nausea. Erasi soppressione d'urina o piuttosto ritardo d'escrezione per molto del grande volume del tumore che comprimeva l'uretra, e ne inclinava il getto verso il pube. In questo stato di cose fu creduto inutile il tentare la riposizione delle viscere, ed il trattamento consistette in malassare il tumore, in sostenere il tumore colle compresse bagnate nella fomentazione fredda di Schmekel, in far prendere all'infermo un'oncia d'olio ogni due ore. Codesti ajuti non furono di alcuna utilità, e perciò fu d'uopo due giorni dopo dell'accidente passare all'operazione. Approfondata l'incisione sino al sacco, e fatta una piccola apertura nella sommità del sacco stesso, uscì un soffio d'aria che fu susseguito da un getto copiosissimo di materie fecali fetentissime, la che indicò chiaramente che l'intestino era di già crepato, poichè l'effusione delle fecce non poteva essere riguardata come conseguenza della gangrena e dello sfacello che ancora non esisteva. Il chirurgo continuò ad aprire il sacco per tutta la sua lunghezza, e dopo aver lavato con acqua tiepida tutta la massa d'intestini fuori usciti, composta del

colon e dell'ileon, e questo ultimo della lunghezza almeno di quattro piedi, riconobbe distintamente il luogo della rottura dell'intestino colon di figura colonica coi margini arrovesciati all'infuori, per la quale apertura si sarebbe potuto introdurre l'apice del dito pollice. Il testicolo era nudo, poichè l'ernia era congenita. A stento poté il chirurgo eseguire il taglio dell'anello inguinale a cagione del volume delle viscere uscite, ed a stento pure ha potuto far rientrare nel ventre tutta la porzione di canale intestinale tenue. Rispinse poscia ancor il colon, ma prima di fare ciò passò un filo incrociato attraverso le labbra della rottura dell'intestino stesso, ad oggetto di restringerla ed insieme di ritenerla dietro l'anello inguinale. Dopo l'operazione furono impiegati tutti quei mezzi che l'arte suggerisce per promuovere il corso naturale della fecce, ma indarno. Il ventre si rese assai tondo e doloroso ricomparve il vomito, ed il malato cessò di vivere nel sesto dopo l'accidente, ed il quarto dall'operazione. Nel dì 1.º di cadavere si è trovato che l'infiammazione si era propagata a tutte le viscere addominali; che però delle due porzioni d'intestino discese nell'ernia, quella dell'ileon era sfaccellata, mentre l'altra fatta dal colon non era compresa che da quel grado d'infiammazione necessaria per favorire l'attacco del detto intestino al peritoneo dietro l'anello inguinale. Effettivamente quest'aderenza era cominciata, e la rottura dell'intestino colon non si era potuto scostare dal luogo ove colla riposizione era stata collocata. Il testicolo ed il cordone spermatico si trovavano in uno stato gangrenoso. Sin qui la relazione del fatto quale mi è stata trasmessa. Delle circostanze poi di questo caso, poichè consta che l'ernia era congenita, egli è verisimile il credere che quantunque il soggetto di cui si parla, si riguardasse come perfettamente guarito, pure la toaca saggiale forse rimasta in esso non aperta dalla parte del cavo del ventre, ed in una disposizione d'essere nuovamente dilatata dalle viscere fortemente spinte in basso; lo che rende ragione altrui perchè sì enorme massa d'intestini ha potuto in un istante discendere dall'inguine nel fondo dello scroto. Per ciò poi che riguarda la rottura del colon (forse del cieco), non si può, a mio giudizio, assegnare con certezza quale ne sia stata la cagione immediata, poichè que-

all'intestino conservava tuttavia il giusto suo calibro, e le tonache di esso avevano la consistenza loro naturale, nè eravi alcun indizio di gangrena o sfacello: mi riferirei si potesse la cagione prossima di quest'isfortunio. So di che a me sembra soltanto probabile che in quest'uomo nel momento del gagliardo sforzo il cieco col principio del colon fossero pieni, infarciti di duri estremità, che forzati questi per lo stratto passaggio del collo della vaginale e dall'anello inguinale, abbiano lacerato l'intestino. È spiacevole cosa intorno a questo fatto che l'operazione non sia stata eseguita immediatamente dopo l'accidente, ma due giorni dopo che l'esterna superficie degli intestini protrusi era stata a contatto colle effuse lacrime, di che nulla è più atto a produrre infiammazione e gangrena di questa viscere. E tanto più l'operazione doveva esser eseguita sollecitamente, quanto che si sa che nell'ernia le quali recidivano lo strarimento prodotto dal collo del sacco erniario o della vaginale, è di gran lunga più pronto, più grave e pericoloso che nei casi ordinari. Avrei desiderato altresì che non fosse stato passato il filo incernato attraverso la labbra della crepatura dell'intestino per restringerla e ritenere la dicono l'anello, il perchè ogni maniera di cucitura non fa che accrescere l'irritazione già soverchia del canale intestinale, come perche non necessaria; e perchè inoltre, non stabilendosi prontamente il corso naturale della fecce, la cucitura n'è squarciata, o vero, ritardando essa lo scarico delle fecce per la piaga, fa sì che il ventre rimanga in uno stato di dolorosa turgescenza; mentre al contrario, permettendo il libero egresso della materie fecali per la crepatura dell'intestino e per la piaga, oltre che ciò fa cessare la tensione del ventre a calma i sintomi generali, succeduto che è il colito dell'intestino di contro l'anello inguinale, col restringersi a poco a poco della piaga, l'ampiezza dell'intestino cieco e del colon offrono la maggior possibile opportunità alle fecce di abbandonare l'ano artificiale e prendere la via naturale, poca o nulla essendo la perdita di calibro che la no intestino eraso per motivo di semplice crepatura.

## MEMORIA QUINTA

### DELL'ERNIA OMBELICALE

E DI QUELLA

#### DELLA LINEA BIANCA DELL'ADDOME.

§. I. **L'**ernia ombelicale, propriamente detta, quella cioè che spunta precisamente ed è rigida di vocabolo dallo spiraglio aponevrotico dell'ombelico, è una malattia dei bambini. Rarissima cosa, per lo meno, è la formazione di quest'ernia negli adulti, e la stessa sua rarità rende verisimile che quando s'incontra in persona provate a di età avanzata, i primordj di quest' infermità siano passati inosservati nell'infanzia dei medesimi soggetti per la picciolezza in allora del tumore e pel non incomodo che recava. Dicasi lo stesso dell'idrocefalo in conseguenza d'ascite e del tumore fatto dalla vesica urinaria enormemente distesa per soppressione d'urina, ed allora si può alla regione dell'ombelico. Certamente nelle persone adulte, o specialmente nelle donne negli ultimi stadi della gravidanza, l'ernia, il più delle volte, non si forma propriamente nell'ombelico, ma bensì da un lato o dall'altro, sopra o sotto dell'anello aponevrotico ombelicale, e talvolta non una ma due sono l'ernia che compaiono nelle gravidie in vicinanza dell'ombelico, della quali ora l'una nè l'altra esce propriamente pel foro ombelicale (1). Generalmente poi nelle donne le quali hanno figliato assai volte, si trova bensì la linea bianca allargata, assottigliata e smagliata in più luoghi, ma di rado assai volte l'ombelico, propriamente detto, dilatato, malgrado le varie e replicate distensioni sofferte dalla parete addominale durante il tempo delle gestazioni; lo che prova che nelle persone ben costituite sin dall'infanzia lo spiraglio dell'ombelico, lungi da essere la parte più debole, è anzi il punto più fermo e resistente di

(1) *Monro's*, Instit. chirurg., part. III, sez. II, § 659.

qualunque altro in tutto il tratto della *linea bianca*.

§. II. L' anello dell'ombelico ne' bambini, prima della caduta del cordone ombelicale, e prima che la cicatrice ebe ne rimetta, abbia preso il giusto grado di solidità, opposto meno di resistenza alla impulsione delle viscere di quello che fa qualunque altro luogo dell'aponevrosi della *linea bianca*. Al contrario, si tosto che la cicatrice dell'ombelico è perfettamente consolidata, succede che l'ombelico, propriamente detto, diviene il punto della maggior resistenza all'uso delle viscere in confronto di qualunque altro luogo della *linea tendinea* e degli altri spiragli aponevrotici dell'addome. Nell'embrione di due mesi i muscoli addominali, ed i retti sopra tutto, hanno l'apparenza d'una macerità gialliccia, e non è che al quarto mese che i detti muscoli assumono una forma fibrosa dall'ombelico al pube; poichè dall'ombelico allo sterno rimangono ancora molli e pollii, sicchè appena si distinguono dalle parti vicine. Sono inoltre in questo tratto assai divaricati l'uno dall'altro a motivo della grande dimensione prodotta dal groppo legato contro la superiore porzione dell'addome, e particolarmente contro la regione ombelicale, ove le viscere addominali non sembrano esser ritenute che dal peritoneo protuberante nella radice del tralcio. A misura poi che nel feto si compie lo sviluppo de' muscoli addominali, e che le aponevrosi loro acquistano maggiore spessezza e consistenza di prima, il centro della loro unione nella *linea bianca*, e lo spiraglio dell'ombelico si deprimono, e l'insaccamento del peritoneo nella regione ombelicale si abbassa e retrocede verso il cavo del ventre. Tuttavia nel calare d'un feto settimestre, scorrendo coll' apice di un dito per entro della cavità del ventre lungo la *linea bianca*, quando si arriva alla regione dell'ombelico, si sente manifestamente che quel luogo è il meno resistente di qualunque altro della detta aponevrosi, e premendo il centro propriamente dello spiraglio dell'ombelico coll' apice del dito o coll' estremità ottusa d'una grossa moneta, l'uno e l'altro di leggieri s'insinuano nell'anello ombelicale, e vi spingono innanzi il peritoneo; e se a un tempo istesso si tira dolce-

mento all'infuori il tralcio, formasi nell'anello ombelicale dalla parte del cavo del ventre una forata a guisa d'imbuto, non dissimile da un forigiente sarco erniario. In questi tenaci feti sciogliendo il peritoneo dai contorni della regione ombelicale, si osserva che il sottoposto tessuto edinare, il quale lega insieme i vasi ombelicali e l'uraco, e gli unisce al margine aponevrotico dell'anello dell'ombelico, è assai fioco e molto distensibile, per lo che tirando anche leggermente al di fuori il tralcio, si vedono entro del ventre i vasi ombelicali allungarsi dall'indietro all'infuori e cedere con facilità alla forza che li trae fuori dell'ombelico. Lo stesso margine dell'anello aponevrotico dell'ombelico è sottile e cedente più che il restante dell'aponevrosi della *linea bianca*; le quali cose tolte, unitamente a quella della debole unione cellulosa del margine aponevrotico dell'anello coi vasi ombelicali, sembrano tutte espressamente dalla natura, perchè durante lo sviluppo ed il completo incremento del feto, i vasi ombelicali non incontrassero in quel passaggio alcun ostacolo alla massima loro dilatazione, nè vi fosse alcun impedimento o strettoio il quale si opponesse alla libera uscita e ritorno del sangue dalla placenta, e da questa al feto.

§. III. Nel neonato la separazione del cordone ombelicale non si fa rasente il ventre, ma al di qua d'uo prolungamento della cute, il quale a modo di guaina, più elevata da un lato che dall'altro, abbraccia, e circonda la radice del tralcio (1). Ed è per appunto il margine orbicolare di questa guaina il circolo di separazione del cordone dopo la nascita. Immediatamente dopo codesta separazione, la porzione di cute del ventre che formava la guaina, stimolata, e stragendosi in se stessa, forma delle due pieghe, e delle rugosità, le quali nel frutto succeduta contribuiscono grandemente a munire, e chiudere con stabilità l'ombelico.

Nel cadavere d'un bambino, due mesi circa dopo la perfetta cicatrizzazione dell'ombelico, trovasi un orlione di cose del tutto contrario al sopra indicato. Imperciocchè toccando coll' apice del dito lungo la *linea bianca* dalla parte del ventre si presenta dinanzi l'ombelico non più una losetta, ma un picciolo tuber-

(1) SOEMMERING, Ueber die Nabel Wunde fig. 1.

colo, il quale resiste alla pressione; e separando il peritoneo dalla parete muscolare dell'addome nella regione ombelicale, tanto che si arriva all'anzidetto tubercolo si trova che il peritoneo è aderentissimo ad esso, ed insieme a tutto ciò che nel feto costituiva il fascetto de' vasi ombelicali. Dietro il peritoneo il tessuto cellulare che involge il residuo dei vasi ombelicali convertiti in altrettanti ligamenti e gli anitre al margine sponevrotico dell'anello, è assai fitto e compatto, e come intermisso di strisce e filamenti duri sponevrotici, per cui quel tubercolo o nodo composto di peritoneo e di vasi ombelicali troncati, difficilmente può essere rimosso dal margine sponevrotico dello spiraglio ombelicale, ma che si tregga dalla parte del ventre o al di fuori. Le estremità recise dei vasi ombelicali già appassite ed impervie, o strettamente unite dal filo tessuto cellulare, s'impiantano nel margine dell'ombelico e si confondono colla cicatrice dei tegumenti, la quale ha una spessezza e durezza maggiore di quella della pelle vicina. In processo di tempo codesta cicatrice si approfonda sempre più e va a contatto coll'anello sponevrotico dell'ombelico, la qual cosa procede in parte dall'ulteriore retrazione dei ligamenti ombelicali e del tessuto cellulare che gl'intercirca, in parte dall'increspamento sempre maggiore della cicatrice e della maggiore quantità d'adipe che si aduna intorno di essa e ne fa rilevare il contorno.

§. IV. Lo spiraglio adunque dell'ombelico nel bambino, due mesi dopo la nascita, e maggiormente nell'adulto, non è soltanto come le altre naturali aperture dell'addome, unito internamente dall'applicazione del peritoneo e del tessuto cellulare, ed al di fuori dai comuni tegumenti, ma inoltre egli è attorniato nel centro dai tre ligamenti ombelicali e dall'Inguale, i quali ligamenti formano un triangolo il di cui vertice è impiantato nella cicatrice dei tegumenti dell'ombelico, la base nel fegato, nelle due regioni ileo-lombari e nel fondo della vescica urinaria; dal qual triangolo risulta una briglia forte ed elastica, capace per sé sola di opporre una valida resistenza alle viscere che tentassero di aprirsi una via per l'anello sponevrotico dell'ombelico, il qua-

le apparato manca del tutto all'anello inguinale ed all'arcata femorale, a meno che, per riguardo a quest'ultima, si riconosca in ciò qualche analogia d'uso, se non di struttura, nella inserzione dell'aponevrosi iliaca, e della fascia trasversale dell'addome nel ligamento fallopiano. A questi presidi si aggiunge che il margine dell'anello ombelicale sottile e flessibile nel feto settimembre, assume una considerevole spessezza ed elasticità nel bambino due mesi dopo la nascita, e che a quest'epoca, e maggiormente nell'adulto, il margine sponevrotico dello spiraglio più ristretto proporzionalmente che nel feto si allontana lentamente alle estremità troncate de' vasi ombelicali convertiti in ligamenti. Per le quali cose egli è facile il riconoscere che il pericolo della formazione dell'ernia ombelicale si allontana tanto più quanto il feto si avvicina alla sua maturità, e nel bambino quanto più egli cresce negli anni, a meno che non intervengano ragioni capaci di turbare l'opera della natura, delle quali ragioni altre, come si dirà, esercitano il denno loro influo durante il corso della gestazione, altre poco dopo che il feto è venuto alla luce. Durante la gestazione avvi ancora un singolare contrasto fra i fenomeni che presenta nel maschio l'anello ombelicale, e quelli che offre l'inguinale; poichè l'ombelico tende incessantemente a rinserrarsi quanto più il feto si avvicina al termine della gravidanza, mentre l'inguinale, dovendo questo tempo, si allarga gradatamente più, per dare in fine passaggio alla discesa del testicolo, allo sviluppo dei vasi spermatici e del muscolo cremastere.

§ V. L'ernia ombelicale, avuto riguardo all'epoca in cui si forma, è di due specie, la congenita cioè l'acquisite. L'ernia congenita, quella cioè che si forma prima della nascita, si apre la via per l'ombelico, indi si prolunga e cresce nella spoglia sostanza del cordone ombelicale. La formazione di questa malattia non ha un tempo determinato nel corso della gestazione, poichè si riscontra nell'embrione (1), nel feto non maturo (2), nel feto a termine (3). L'ernia di questa sorta ha una singolare apparenza; poichè per certo tratto dalla sua base, ov'è coperta dal tegu-

(1) Tav. X, fig. III.

(2) Idem fig. I.

SCARPA VOL. II.

(3) Idem fig. IV.

racoli del ventre, è opaca (1) rientra nel rettaio e verso il suo apice, ora trovai richiusa nella spugnosa sostanza del cordone ombelicale, è pellucida (2), dal quale luogo sembra spiccarsi e trar origine lo stesso cordone (3). La trasparenza dell'involto esteriore del tumore permette di vedere che il sacco erniario si è aperta la stesura al di fuori nello spazio triangolare fra i vasi del cordone ombelicale, dei quali la vena (4) è al disopra, le due arterie al disotto o da un lato (5); poichè talvolta l'ernia penetra nella sostanza del cordone getta da un medesimo lato le due arterie o una sola, se per caso è mancante della sua compagna arteria, come nell'anonca figura (6). Ed è di necessità che l'ernia esca costantemente per lo spazio triangolare fra la due arterie ombelicali, e la vena dello stesso nome, sì perchè il peritoneo si insinua naturalmente in questo spazio triangolare fra i dotti vasi sin'all'orto spongerotico dell'ombelico, come perchè le arterie ombelicali coll'unica, non altrimenti che la vena, rimase dietro del peritoneo, sono inoltre legate al margine inferiore dell'anello ombelicale. Su di che ella è cosa rimarcabile, che l'uscita della viscere immediatamente sotto l'arcata superiore dell'ombelico, piega d'ordinario, verso il lato destro (7). L'ernia per quel tratto che occupa entro la radice del cordone ombelicale, è coperta da due involti distinti, dei quali l'anteriore è fatto, come si è detto, dalla spugnosa pellucida sostanza del cordone, l'interiore è formata dal peritoneo prolungato in guisa di sacco erniario. Il primo (8), in ragione della sua trasparenza, sembra assai sottile; ma esaminato attentamente, egli è d'una tessitura fina

e coriacea, la quale pare piuttosto essere una continuazione della cute del ventre che delle flesside e sottili membrane della placenta. E codesta analogia di tessitura si rende ancor più manifesta o verisimile se si meneri lungamente il cordone ombelicale unitamente alla cute del ventre cui è connesso, poichè la cute tomlida per acqua penetrata nella sua maglio rilasciale, assume una trasparenza non molto diversa da quella della sostanza che ringe il cordone ombelicale. Il secondo involto dell'ernia (9) è propriamente il sacco erniario fatto dal peritoneo, entro il quale risiedono le viscere protruse; sottile membrana per verità, ma consistente ed elastica quant'è il restante dello steno peritoneo che veste il cavo del ventre. Fra l'uno e l'altro di questi involti dell'ernia vi si trova una spalmatura di mucilagine simile all'*albumina*. Il sacco erniario poi contiene ora un gonfiolo d'intestini tenui (10), ora, una prominenza fatta dal fegato (11), ora, nelle più voluminose ernia di questa specie, il fegato, la milza ed una porzione dell'intestino crasso o del tenue. Nel feto dal quale ho tratta la Fig. 1, tav. X, la viscere contenute nell'arco ombelicale congenita era una porzione del tubo maggiore del fegato, che in forma di cono si prolungava fuori dell'ombelico entro la radice del cordone. Non era, propriamente parlando, che tutta la massa del fegato si fosse scostata dalle forte sue aderenze col diaframma, ciò sembra che non possa aver luogo giammai, ma era quella porzione soltanto del turgido e voluminoso viscere che si trovava dicontro l'ombelico, la quale era stata spinta fuori dello spiraglio. La qual cosa non può

(1) Tav. X, fig. I a. a.

(2) Idem fig. I b. b.

(3) Idem fig. I h.

(4) Idem fig. I c. c.

(5) Idem fig. I f.

(6) Idem fig. IV. d. e., fig. I. f. — Ho rimarcato che quest'arteria era più grossa del consueto. La mancanza talvolta d'una delle arterie ombelicali era stata già notata da *BAFIO*, Theat. anat., lib. I, cap. XI; da *HEMISTEAT*, Pathol. foetalis umbilicalis, pag. 13; da *RODIER*, Dissert. de foetu perfecto; da *ALLER*, Opusc. pathol., observ. XXXV; da *WERNER*, Descriptio anat. embryonis, observ. IV, pag. 51.

(7) *SOMMERING* loc. cit.

(8) Tav. X, fig. I. b. b.

(9) Idem fig. I. c. c.

(10) Tav. X, fig. III b, IV b.

(11) Idem fig. I d.

accadere che in quest'epoca della vita, in cui il fegato riempendo per sé solo la più gran parte della cavità dell'addome si prolunga sino all'ombelico. Nell'altro feto (1) eravi un considerevole tratto d'intestino digiuno aggomitolato ed aderente al peritoneo all'ingrosso nel sacernario. Il Mer (2) ed il Ruscio (3) ci hanno dato una tavola rappresentante quest'ernia ombelicale congenita. Il primo di questi scrittori opinò che codesto tumore fosse mancante di sacco erniario procedente dal peritoneo, e che la doppia trasparente membrana da cui le viscere protruse erano circondate, non fosse altro che una continuazione delle membrane corion ed amnio. Il Ruscio si restrinse a dire che in simili infermità congenite nella regione ombelicale, e più precisamente nell'ombelico, erano mancanti i muscoli addominali ed insieme la cole, e che quel luogo non era ricoperto che da una sottile pellicina soltanto, dietro la quale trasparivano le viscere, lo che è falso. Né l'uno poi nè l'altro di questi autori accennò quale fosse la posizione e direzione che in tali circostanze assumevano i vasi ombelicali compresi dall'ernia, siccome ora abbiamo procurato superiormente di dimostrare, tanto per riguardo alla vena che alle due arterie.

§. VI. I feti che tengono alla luce con questa infermità, d'ordinario non sopravvivono che per breve tempo, sì perchè sono i medesimi affetti per lo più da altre gravissime imperfezioni, siccome da *spina bifida*, da incompleto sviluppo delle ossa del capo, da fiacchezza de' muscoli addominali, da enorme turgescenza delle viscere del basso ventre, e segnatamente del fegato, come perchè le viscere protruse nell'ernia ombelicale, e motivo della forte aderenza contratta da esse col sacco erniario, e dell'ostacolo che oppongono le altre viscere ingrossate, non sono, il più delle volte, suscettibili di completa riposizione (4). Le em-

gione precipua di queste congenite infermità deriva verisimilmente dal tardivo ed incompleto sviluppo ed incremento dei muscoli addominali, e delle aponevrosi loro, combinate coll' enorme tumidezza (5) delle viscere del basso ventre, e del fegato, in particolare, per cui essendo già naturalmente lo spiraglio dell'ombelico nell'embrione, e nel feto non maturato il posto più debole di tutta la *linea alba*, si trasportano le viscere verso quel punto, siccome il meno resistente d'ogni altro e più debole ancora che in stato naturale; indi protuberano nella regione ombelicale, o si aprono in fine la via per l'ombelico nella spugnosa sostanza del tralecio. Forse a queste cagioni si aggiunge talvolta la brevità e la tensione permanente del cordone ombelicale stiorcigliato intorno al collo e ad altra parte del feto, per cui, come ho dimostrato di sopra, tirando nell'embrione anco leggermente il cordone all'infuori, il peritoneo forma per entro dello spiraglio della parte del cavo del ventre, una fossella non dissimile dai *pilmoordj* del sacco erniario, la quale invita, per così dire, le viscere all'uscita. Durante le quali sgraziate disposizioni, non però lunghe e stentate può contribuire per ultimo, se non a produrre propriamente la malattia, ad accrescerle almeno enormemente. In fatti egli è per appunto in seguito di parti difficili e laboriose, che sono venuti alla luce que' feti nei quali sono state trovate insieme e dentro l'ernia ombelicale voluminosa il fegato, la milza, lo stomaco ed una parte del canale intestinale tenue.

§. VII. L'ernia ombelicale eventisin o sia quella che fa la sua comparsa ne' bambini dopo la caduta del cordone ombelicale, offre, le seguenti particolarità. Il tumore ora ha una forma rotonda, ora cilindrica, ora conica a base circolare. Non comparisce sa di esso alcun indizio di cicatrice dell'ombelico, se si eccet-

(1) Idem fig. IV b.

(2) *Mémoires de l'Acad. royale des sciences de Paris*, an. 1716.

(3) *Observ. anatom. chirurg.*, obs. 71, fig. 59.

(4) *Ruscio*, loc. cit. *Hunc effectum saepius a me visum, nisi nunquam curatum me- mini. Omnes enim ob utero ad tumulum delati fuerunt 5, 6, 7, 8 aut 9 dieb. Cura palliativa instituenda solo emplastro diopompholigos, aut simili, quod nullum obiacet tenuitatem, ac nimis parti tenerae adhaerens viscerum eruptioni occasionem praebet.*

(5) *Alziso*, *Acad. anat.*, lib. I, cap. XIX. *Venter omnibus tumidulus umbilicus versus eminebat.*

tui sulla sommità, o da un lato del fomere medesimo, o se alcun tratto di tegumenti scolorito è più sottile della pelle che il vicino. Sotto i comuni tegumenti si presenta un involto (1) fatto dalla cellulosa e dalla sottile tela aponevrotica stesa superficialmente sui muscoli dell'addome. Immediatamente dopo questo involucre membranoso-aponevrotico compaiono il sacco erniario, propriamente detto (2), fatto dal peritoneo, il quale, come in tutte le ernie, così in questa, conserva la naturale sua mollezza. In questo sacco sta rinchiusa un'ansa d'intestino (3); mai e quasi mai ne trincerò fuori l'omolo. Le estremità troncate dei vasi ombelicali convertite in altrettanti ligamenti ritraggono la naturale loro posizione nelle piccole ernie di questa sorte: nelle grosse si trovano gettate da un lato e dall'altro, e non presentano, come in istato sano, la stretta loro connessione colla cicatrice dell'ombelico, né si possono segare che per qualche linea al di fuori del margine aponevrotico dell'ombelico, né mostrano altro indizio della primitiva loro unione coi tegumenti dell'ombelico che alcuni filamenti o piuttosto piccoli frangi ligamentosi stesi sopra del sacco erniario. Il sacco erniario vi esiste sempre, sia l'ernia ombelicale recente e picciola, ovvero insensata e grossa. Se ad alcuni è sembrato che l'ernia acuthe di questa sorta fossero sprovviste di sacco fatto dal peritoneo, ad altri poi che il peritoneo fosse stato lacerato (4) dall'urto delle viscere, P in-

gno è proceduto dal non aver impiegato tutta quella diligenza che si richiede nel ricercarlo, specialmente in que' luoghi del tumore nei quali le viscere si erano fatte aderenti al sacco medesimo. Io l'ho sempre riscontrato suco nelle ernie ombelicali della maggior grossezza, e l'ho riconosciuto pure in que luoghi nei quali sembrava fare un tutto insieme colle viscere ad esso inerenti (5), siccome sulla parte più declive e prominente dell'ernia, dove l'aderenza è d'ordinario più forte che sull'altra, a motivo del peso delle viscere fuori urite e della pressione che si esercitano i vestimenti. Il collo dell'ernia ombelicale è sempre larga e di figura circolare. Inoltre è costantemente angusto in ragione del volume dell'ernia, ed oltre ciò strettamente aderente al margine aponevrotico dello spiraglio dell'ombelico; il qual margine nelle ernie ombelicali grosse ed antiche assume una considerabile spesszza e rigidità, per cui, trattando lo più volte ne' radarsi di farne la dilatazione per mezzo dello stromento di LAMARCA, ho incontrato sempre una assai valida resistenza. Nei bambini, poichè l'omento e brevissimo, non si trova d'ordinario nell'ernia ombelicale che un'ansa d'intestino. Egli e negli adulti che vi si riscontra l'una e l'altra di queste viscere. Talvolta l'intestino protruso è una porzione del colon trasverso. Vi è stato trovato anco il cieco (6), entro del quale si distinguono al tatto le dure fecce. Negli adulti l'omento caduto nell'ernia ombel-

(1) *TOO. X, fig. II a. a. a.*

(2) *Idem fig. II b. b.*

(3) *Idem fig. II c. c.*

(4) *ВЕНЕРА, Elem. di chirurg., tom. V, pag. 809.*

(5) *TOO. X, fig. VII o. a. a.* Che gli antichissimi Chirurghi non abbastanza istruiti nella anatomia umana opinassero essere l'ernia ombelicale mancante di sacco erniario, non deve far maraviglia; ma deve farne grandissima, che DIONISIO, GLAZENAROT, abbiano opinato del pari in un'epoca in cui si sapeva, che il peritoneo nella sede dell'ombelico vi passa sopra, e vi si manifesta così intatto come in tutto il restante dell'ambito dell'addome; e che inoltre, ove passa sopra lo spiraglio dell'ombelico, egli cade facilmente alla pressione dei viscere del basso ventre. A quella stessa epoca poi non si ignorava quanto su di ciò ne aveva scritto il BASSACCI. Imperciocchè egli disse: *Hoc etiam animadvertione non indignum videtur, peritoneum rarissimi diaphragmi. In operibus, dissectisque cadaveribus aliquoties repertus sum, et demonstravi, umbilicum cum subsequentibus intestinis instar capitis viridis protuberantem, adeo ut muscoli ventris recti ad latera impellerentur, et a se invicem separarentur; attamen peritoneum non rorapantem, sed muscum disruptum.* Oper. omnia a M. BASSACCI edita Graecar. 1688. T. II pag. 74.

(6) *SANDIFORT, Obstr. patholog.*



licale non di rado nel basso fondo del tumore si allarga oltre modo a s'ingrossa; talte volte forma una maniera di capsula, entro della quale si annicchia l'intestino (1). Generalmente nella vecchia e grosse ernie di questa sorte l'omento si fa aderente per molto tratto al sacco erniario, lo che ne impedisce la riposizione, e se aggraziatamente questa maniera d'ernia presa da strozzamento, non è possibile di mettere isi allo scoperto l'intestino senza fendere l'omento che lo rinchioda. Che se nell'atto dell'operazione egli è l'intestino che si presenta per il primo all'incisione dell'omento, si può dire con sicurezza che l'omento stesso precedentemente sotto un guagliardu sforzo ha larato la capsula dell'omento entro la quale era contenuto, e soltanto da essa era ricoperto. Azzaro (2) guidato da lunga esperienza s'indosse a credere che questo accidente fosse una delle cagioni più frequenti di strozzamento nell'ernia ombelicale degli adulti. Comunque sia su di ciò, se vuoi far attenzione alla grande disparità che passa costantemente fra il volume di quest'ernia e l'angustia del suo collo, non si può a meno di non riconoscere in ciò un motivo perpetuo ed evidente, perchè l'ernia ombelicale negligente divenga abitualmente nolema all'infermo, per la difficoltà, cioè, che incontrano le flatolente e le materie alimentari di penetrare nel tumore, e di ritornare nel ventre per quella stretta apertura del collo dell'ernia, la quale difficoltà, per poco che si accresca a motivo di accumulamento di fecce o d'aria entro il tumore, o di spiamo del tubo intestinale situato nel ventre, può minacciare lo strozzamento. Si aggiunga che la viscosità dell'ernia ombelicale allo stomaco contribuisce non poco a rendere più frequenti e molesti i sintomi consensuali di quel che comunemente si osserva assente nell'ernia inguinale e femorale. Oltre gl'intestini abbiamo un esempio ben prossimo che anzi la vescica orinaria, chiusa essendo in essa la via naturale di secrezione dell'urina, si è sollevata a tanta tal scote da far ernia attraverso il foro dell'ombelico, indi epinzi esternamente a dar occasione ad una fistola orinosa. Questo fatto è riportato da Cassano nell'osservazione XX. In una fasciella

la, scrisse egli, mia coll'esterno orificio dell'uretra chiuso da una membrana, si formò l'ernia ombelicale, poscia la fistola orinosa nello stesso luogo. Per senuta la fasciella in età di circa diciotto anni, l'ombelico era in essa prominente per quattro dita. Fu incisa la membrana suadetta che aveva la spessezza d'un testone, ed introdotta una cannuccia per l'uretra in vescica, mediante la quale le orine presero la via naturale, la fistola si chiuse, ed il tumore dell'ombelico scomparve. In questo caso, come in quello di vescia orinaria discesa nello scroto, la viscera fuori uscita era senza dubbio proceduta di sacco erniario procedente dal peritoneo.

§. VIII. La comparsa dell'ernia ombelicale avvenziosa ne' bambini è il risultato della combinazione di parecchi sfavorevoli circostanze. In primo luogo la lentezza, durante l'ultimo periodo della gestazione, e restringersi dell'anello sponevrotico dell'ombelico; il parto stentato per eccessiva solenne dal scote del feto; la debole coesione altrin tempo dopo la nascita delle estremità troncate dei assi del tralcio colla ricatrice dell'ombelico e col margine aponevrotico dell'anello; la flaccidità dei tagmasti componenti la cicatrice dell'ombelico; la permansente tumidezza del ventre alcun tempo dopo la nascita. Se a questi indisposizioni si aggiungono la negligenza della levatrice nel mantenere tirato e teso da un lato del scote il residuo del tralcio finchè ne è staccato, indi di non mantenere costantemente compresso, e pel tempo debito, l'ombelico dopo la caduta del tralcio, i vagiti continui ed i pestanti del fasciellino molestato da solista, il mal costume in fine di stringerlo fra le fascie, si hanno molti bastanti perchè le viscere addominali spinta verso l'ombelico, come il punto più debole in questi casi di tutto l'addome, riportino la ricatrice del tegumento dalla sua unione colle estremità recise dei assi ombelicali, e la distendano in modo da ricoprire l'ernia, rassallando ogni apparenza di intorciamento e di cicatrice.

§. IX. Nel maggior numero di casi d'ernia ombelicale avvenziosa il sacco erniario s'innalza nello spazio triangolare fra i tre ligamenti ombelicali, e spinge all'innanzi il loro

(1) *Tav. X, fig. VI d.*

(2) *Mémoires de chirurg., tom. II, pag. 586.*

punto d'unione colla cicatrice dei legamenti. Non di rado però nelle grosse ernie di questa specie le fasce ligamentose, prima arterie umbelicali, si trovano addossate sopra uno dei lati del sacco erniario. In qualche rara circostanza il punto d'unione dei legamenti ombelicali colla cicatrice della pelle non s'è che irregolarmente all'orlo delle viscere, ed allora l'ernia ombelicale assume una singolare apparenza, poichè è rotonda nella base schiacciata nella punta, e bernoccolata nei lati. Notomizzando una di queste ernie ho trovato, che l'apertura di esse dalla parte del ventre (1) era circolare, e che il corpo del tumore era internamente diviso in tre compartimenti (2) vicinissimamente fatti dall'estremità tronca e dei legamenti ombelicali, in uno dei quali ricettacoli comunicanti fra di loro risiedeva una picciola ova d'intestino, e negli altri due una porzioncella d'omento.

§. X. L'ernia della *linea bianca* si forma assai spesso in tanta vicinanza del margine aponevrotico dello spiraglio dell'ombelico, che dai volgari chirurgi è presa per vera ernia ombelicale. Altre volte quest'ernia fa la sua comparsa sopra e sotto dell'ombelico. La prima però, o sia sopra dell'ombelico, e più frequente della seconda, a motivo io credo, che la *linea bianca* dalla cartilagine *macronata* all'ombelico è notabilmente più larga o meno resistente che l'altro tratto della medesima aponevrota che si prolunga dall'ombelico al pube, lungo la quale i muscoli retti discendendo convergono l'uno verso l'altro. Certamente nelle gravide la porzione superiore della *linea bianca* è quella che si presta maggiormente che l'inferiore all'impulsione dell'utero o delle viscere addominali respinte verso il diaframma; ed io quelle che hanno figliato assai volte, se si esamina con diligenza il tratto superiore di questa aponevrota, e si oppone alla luce, trovasi irregolare, sottile in alcuni punti e trasparente, in altri luoghi smagliata e disposta a fendersi longitudinalmente o di traverso. E per appunto nell'ernia di questa specie s'incontra costantemente nella *linea bianca* una fenditura ora longitudinale, ora trasversale per la quale è uscito il sacco erniario contenente l'intestino o l'omento, o più comunemente l'omento solo. Alcuni soggetti

sono talmente predisposti a questa infermità per la proclività che ha in essi la *linea bianca* a smagliarsi e fendersi, che si sono vedute comparire nei medesimi più ernie nel tratto di questa aponevrota dalla cartilagine *macronata* all'ombelico. Nè egli è da credere che in quegli individui nei quali esiste una simile predisposizione, si richieda un grande orto delle viscere per produrre questa malattia, poichè non mancano esempi che la sola pinguedine accumulata ed indurita dietro il peritoneo, in circostanze simili alle precedenti, si è fatta strada attraverso la *linea bianca*, ed ha formato all'esterno tumori non dissimili dalle ernie omentali di questa aponevrota. Quella picciola ernia poi che dicei fatta dallo stomaco, intorno alla quale si è isolo detto o scritto da GARENROT, da HOIA, da PIERRE senza che nè l'uno nè l'altro, per quanto so, abbia prodotto un sol fatto comprovato dalla sezione del cadavere, non è, a mio parere, una malattia nella quale sia interessato lo stomaco ad esclusione d'alcun'altra delle viscere ad esso vicine, segnatamente dell'omento e del colon *transverso*; nè questa infermità, a mio giudizio, differisce punto dalle altre ernie della *linea bianca*, che per la sua posizione al lato sinistro della cartilagine *macronata*, a perchè a motivo della sua grande vicinanza al ventricolo, qualunque sia la viscera protrusa, induce sintomi consensuali di stomaco più frequenti e solevati di quelli che derivano da simili altre ernie situate nell'ombelico, o fra questo ed il pube, che è quanto dire in maggior distanza dalla sede dello stomaco.

## OSSERVAZIONE

Un'ortista d'anni 32, di statura più che mediocre, il quale non aveva mai sofferto mali di stomaco, cominciò nel 1794 a querelarsi di grandi molestie nella regione epigastrica ed ombelicale, sopra tutto, dopo il cibo. Sulle prime nulla apparve di non naturale su tutto l'epigastrio, e sulla *linea bianca*, sopra della sede dell'ombelico, un picciolo tumore. Nel corso di cinque mesi questo tumore si accrebbe, manifestamente di volume, divenne

(1) Tav. X, fig. F b.

(2) Idem fig. F d. e. f.

doloroso sotto la pressione. D'ogni panto si socrebbero le molestie di stomaco, a quelle altresì d'intorno la regione ombelicale, non molto dissimili dalla colica di stomaco, e degli intestini. La diressità degli alimenti non aveva alcuna influenza sulla comparsa, né sulla durata dei parossismi dolorosi di stomaco, la violenza del qual ventra alquanto rintuzzata dalla bibita di latte tiepido. Ricerca altresì il malato qualche allertamento dal corrarsi sul renite; locchè fece sperare, che co' appropriati fasciatura circolare premesse il ventre gli dovesse girare; ma arrenne anzi il contrario. In questo stato di cose il Sig. MAUSOIA, celeb. chirurgo di Ginevra, visitò il malato, e vi riconobbe un'ernia aploidea della linea bianca nella regione epigastrica, cui egli non dubitò punto di siterare le molestie di stomaco che da sì lungo tempo affliggevano il malato. Propose quindi l'operazione, alla quale l'infelice si sottopose di buon grado.

Lasciò i comuni tegumenti, e portò allo scoperto la linea bianca, si presentarono due corpicciuoli *periformi* di colore rosso, e di consistenza simile a quella dei polipi umerini. Il superiore era della grossezza d'una fara, l'inferiore eguagliava un uovo di colomba. Anguste erano le landitose nella linea bianca per le quali li due tumoretti erano passati al di fuori, e per cui l'uno e l'altro pendeva da un gracile peduncolo. MAUSOIA recise l'uno e l'altro rasenta la linea bianca, e permise al residuo del peduncolo di ritirarsi nel ventre. Da quel momento scomparvero tutte le molestie affezioni di stomaco. La ferita si cicatrizzò in breve tempo. *Journal de méd. par MM. CHAUVIAT, LENOIR etc. T. XX. Octobre 1810.*

§. XI. L'ernia della linea bianca ha costantemente una forma ovale schiacciata. Sotto i comuni tegumenti è ricoperta da un tessuto cellulare fitto, e dalla tela spongerotica stem superficialmente sopra i muscoli del basso ventre (1). Si presenta ludi il sacco erniario (2) fatto dal peritoneo, e per altro di questo si trova l'intestino e l'omento, o vero, il più delle volte, l'omento solamente, erente un sottile peduncolo nel luogo della sua uscita dal ventre. Il collo del sacco ha parimente

una figura ovale, non allungata che la fenditura della linea bianca dalla quale è uscita (3), ed è sempre ristretto in confronto del volume di tutto il tumore. Nell'ernia di questa sorta, della grossezza d'un grosso pomo, da me esaminata nel cadavere, l'apertura del collo del sacco della parte del ventre non oltrepassava sette linee del suo maggior diametro.

§. XII. Dal complesso di quante osservazioni derivano i caratteri distintivi dell'ernia ombelicale propriamente detta, e di quella che si forma nella linea bianca in vicinanza del margine spongerotico dell'anello dell'ombelico. Imperciocchè l'ernia ombelicale nel fanciullo o nell'adulto ha costantemente un collo o peduncolo circolare, d'intorno al quale si sente coll'apice del dito il margine spongerotico dello spiraglio ombelicale. Il corpo dell'ernia conserva pure costantemente, ancor nella maggior sua ampiezza, la figura sferica. Sulla sommità del tumore e nei lati di esso non si vede alcun interramento dei tegumenti simile alla coil della cicatrice dell'ombelico, e soltanto in alcun luogo del tumore si riscontra un tratto della pelle alquanto più pallido e sottile del restante della cute che ricuopre il tumore attero. Al contrario di tutto ciò, l'ernia della linea bianca che si forma in vicinanza dell'anello dell'ombelico, ha un collo o peduncolo di figura ovale, e di forma ovale è pure costantemente il corpo del tumore. Inoltre esplorando profondamente coll'apice del dito d'intorno al collo dell'ernia della linea bianca, sceteri essere poco o nulla ristretto il margine della fenditura dell'aponeurosi, e da un lato n'ell'alto del tumore, se si è fortunati e vicinissimo all'anello ombelicale, vedesi ancor intatta e rugosa la cicatrice dei tegumenti dell'ombelico, indizio certo che la viscere non sono uscite per questo spiraglio.

§. XIII. Ho accennato di sopra che talvolta una piccola massa di pinguedine indurita e situata fra il peritoneo e l'ovale di questo colle spongerotici dai muscoli addominali, si fa sì rada insensibilmente attraverso le maglie divaricate della linea bianca, e perviene in fine ad assai estendersi in forma di tumore che sembra avere tutti i caratteri d'un'ernia

(1) *Ibid.* X, fig. V g.

(2) *Ibid.* fig. V h.

(3) *Ibid.* fig. V f.

orientale. PERRY (1) ha porto in dubbio questo fatto di chirurgia patologica: *Pour moi, serais-je, je n'ai jamais eu cette hernie. Selon les auteurs c'est une tumeur graisseuse qui parait à la partie supérieure de la ligne blanche au côté droit du cartilage aliphoide. La graisse qui la forme est, à ce que disent ceux qui l'ont vue, une augmentation de la membranes adipeuse et cellulaire qui accompagnent la veine ombilicale devenant ligament du foie.* L'esistenza di questa sorta di tumori attraverso la *linea bianca* non solo è costante e dimostrata da parecchie osservazioni insituite ne' cadaveri di MORDACCI (2), da KLEINOWSKI (3) e da parecchi altri, ma egli è altror provato che la loro comparsa si fa anche in altri punti della *linea bianca*, oltre quello cui corrisponde internamente la vena ombelicale. Nel cadavere di un uomo di cinquant'anni, gracile, emaciato mi è accaduto di osservare due di questi tumori, non dei quali era situato subito sotto della cartilagine *xiphosternum*, l'altro due pollici circa sopra dell'ombelico. Il primo era della grossezza d'una piccola noce, ed il secondo eguagliava un grosso uovo di colomba. Credetti sulle prime d'aver fra le dita due ernie orientali della *linea bianca* nel medesimo soggetto, ma notomizzando questi tumoretti, trovai che ambedue erano mercuranti di siero coagulato, e che non contenevano punto d'omento, ma bensì una sostanza pinguedinosa densa, la quale continuata in un peduncolo schiarciato passava attraverso una fenditura della *linea bianca*, ed andava a posarsi sulla faccia esterna del grande siero del peritoneo. Il peduncolo pinguedinoso del tumore inferiore era effettivamente una continuazione della pinguedine che circondava il ligamento ombelicale del fegato. FAUREAU (4) non ha guai, ha comunicato alla società medica di Parigi un'osservazione assai simile a questa. Dietro ulteriores ricerche su questo articolo mi è sembrato di riscontrare in codesti tumoretti un grado di densità e di durezza al tatto assai maggiore di quella che offrono le piccole ernie orientali della *linea bianca*. Ciò non pertanto, allorchando le parti con-

tate nell'ernia non rientrano nel ventre nella posizione ripina dell'infermo, e sotto una leggera pressione, e cessando, come fanno, costantemente al di fuori, non sono dolenti, nè producono alcuna molestia consecutiva allo stomaco, io riguardo come cosa assai difficile il distinguere mediante il tatto uno di questi tumoretti da una piccola ernia orientale della *linea bianca*. Fortunatamente questa sorta di tumoretti non dà dolore, nè incomoda per motivo del suo volume. Può combinarsi però il caso che una persona, nella quale esiste da lungo tempo un simile tumoretto nel tratto della *linea bianca*, venga assalita per tutt'altro motivo da colica violenta intestinale con nausea, inclinazione al vomito o soppressione delle scariche alvine. Il chirurgo in simili circostanze è tratto facilmente in errore, presumendo che il tumoretto sia una vera ernia della *linea bianca* incarcerata, e sottoponendo l'infermo ad una operazione che non ha relazione alcuna colle cause della malattia. Io stesso sono caduto in questo inganno. Perbi anni sono fu portata in questa scuola di chirurgia pratica una donna di cinquantatré anni, piuttosto pingue ma di fibra floscia ed habitualmente isterica, la quale nella notte precedente era stata presa da colica intestinale violentissima per erigione, come si diceva, d'ernia incarcerata. Aveva essa il ventre assai teso e dolente al tatto, fredde le estremità inferiori, polsi piccioli, nausea, prodività al vomito, soppressione di accesso. Poco sotto dell'ombelico verso il lato sinistro della *linea bianca* si alzava un tumoretto della grossezza d'una grossa noce, del colore naturale della pelle. Disse l'inferma d'essere stata assai volte sottoposta a dolori di ventre, giammai però così feroci come quelli che allora provava; lo che essa riferiva all'abuso fatto di legumi o di facciacci mal cotti. Le pareva inoltre, o queste illusioni non sono infrequenti ne' malati afflitti da gravi dolori, che il tumoretto dall'invasione della colica le si fosse manifestatamente ingrossato più del consueto, e fattosi dolente, lo che non era prima. Nella perquisizione dunque che questo tumo-

(1) *Oeuvres posthumes*, tom. II, pag. 215.

(2) *De sed. et caus. morb.*, epist. 43, 10; epist. 50, 24.

(3) *Dissert. med. select.*, Pragenae, v. 1, pag. 189.

(4) *Recueil de la Soc. de med.*, tom. XIII.

retto fosse una vera ernia incarcerata della *linea bianca*, concio che queste ernie, come l'ombelicale, sono delle più pronte a cadere in gangrena, passai immediatamente all'operazione. Aperti i tegumenti, non vi trovai ombra di sacco erniario. Il contratto nel tumoretto si riduceva ad una piccola massa di dura pinguedine continuata in un peduncolo, che manifestamente si tratterebbe la *linea bianca*, e che fu asportata con un colpo di forbice. Conobbi allora la vera essenza della malattia. Il bagno tiepido universale, i replicati clisteri molli, i fomenti, poscia l'uso dell'olio di ricino per bocca a dosi rifatti aprirono il sacco, e la colica in breve tempo scomparve. La piccola incisione non tardò guarir e cicatrizzarsi. Ne' casi dubbj di questa sorta non posso che richiamare alla memoria dei giovani chirurghi, che non danno ricre e l'interno dal mettere in esso solo scoperto una piccola massa di pinguedine, mentre grandissimo ne ricreerebbe, se il tumoretto fosse un'ernia incarcerata della *linea bianca* abbandonata alle sole forze della natura.

§. XIV. La distinzione in ernia ombelicale ed in quella della *linea bianca* non è senz'utilità nella pratica. Imperciocchè quella della *linea bianca*, autorebbe abbandonata a se stessa, creere più lentamente di quella dell'ombelico. L'ernia della *linea bianca*, o più particolarmente quelle che si formano da no lito della cartilagine *muricata*, eppunto per la sua picciolezza passa spesso inosservata, specialmente nelle persone assai pingui; e frattanto occasiona incomodi di stomaco, coliche abituali, sopra tutto dopo il cibo, i quali incomodi dal medico poco versato in simili cose vengono attribuiti sgraziatamente per l'usurano o tal'altra cagione che alla vera. L'ernia ombelicale, al contrario, per picciola che sia, e negli stessi suoi primordj ne' bambini, si rende tosto manifesta per l'evidente tumore che induce nell'alcantara dell'ombelico e per rapidi progressi che fa il tumore. E quanto al trattamento, quantunque i mezzi curativi siano gli stessi tanto per l'una che per l'altra di quest'ernia, pure quella della *linea bianca* è di più difficile guarigione che l'ombelicale in parità di circostanze, e molto probabilmente che s'è nello aponeurotico dell'ombelico, ma non che s'è in no costantemente riposte le fibre, le navi naturali tenden-

SLAFA VOL. II.

za a restringersi, le qual cosa non è egualmente facile da ottinarsi del margine della fenditura nella singolare aponeurosi della *linea bianca*.

§. XV. Il mezzo curativo principale di quest'ernia, come di tutte le altre in generale, consiste nel riporre al più presto le parti fuori uscite, e nel mantenerle costantemente riposte mediante un'abbattuta compressione. Ciò è di farle escursion, e quindi sempre con esito felice ne' casi d'ernia ombelicale *avventata* recente ne' teneri bambini, nei quali d'ordinario la ricerca protrusa e l'ottolito libero da ogni aderenza internamente col peritoneo ed esternamente col sacco erniario, e nei quali l'ombelico con tutta l'arteria in un certo grado d'altitudine e tendenza a restringersi, agevolata del pressione e della posizione supina di cui per la maggior parte del giorno. L'ernia ombelicale in codesti fanciullini si mantiene perfettamente bene riposta mediante un cinto di tela o di fustagno, la di cui pallottola abbia la convessità d'un bottono o della metà d'una noce moscata, e sia sufficientemente rilevata sul ventre dall'addizione d'uno o più piomeri molli, onde il punto di compressione porti sul l'ombelico esattamente e sulle spine, che si mantenga riposta la viscera o prima il nudo che sia possibile sul lido del ventre. La spedisca la più pronunciata in frate di Ricarda, il quale segue che in quest'ernia dei bambini la pallottola a bottono o a foglia di cappello da fungo, o della metà d'una noce moscata, è preferibile al rompresso piano, comunque plausibili possano sembrare i molli abbotti in contrario, siccome quelli che stringendo profondamente, e perciò completamente nel ventre la viscera fuori uscita, mette la pelle e il retto contro col margine aponeurotico dello spiraglio, e non osta punto al risarcimento dell'occhio ombelicale, nel quale propriamente l'apice del bottono non si innalza, come alano vorrebbe s'è credere. Si replica dunque, dopo riposte le parti, nell'infante dell'ombelico un pezzetto di tela fine, e sopra questa un bottono che si tiene in sito mediante alcune strisce di cerotto incrociabile a modo di lettera X. Dal centro del bottono esce un filo che si fa passare per il mezzo d'una o più romprese annestate alla faccia anteriore. Questa fascia di doppia tela o di tadrano, largo nella sua parte di mezzo cinque dita, e

gradatamente meno sipo a due dita nel lato, si fa girare intorno al ventre, e si stringe moderatamente finchè ritorrà sulla compressa, alla quale si unisce mediante due nastri in ambedue i lati. E perchè la detta fascia non si raggiuzzi oella sua parte di mezzo corrispondente alla regione ombelicale, si foderà per certo tratto 100 pelle sottile da guanto che la tiene distesa. NeTapoi tutti di maggiore età che stanno su piedi, alla fiesce ore disette si aggiunge lo *spaltiere*, ed occorrendo anco il *sotrocordia*, perchè il punto di compressione uoa si alza nè si abbassi, ma si mantenga costantemente sull'ombelico. Volendo poi dare a questo apparecchio un certo grado di elasticità per cui si edetti el differente stato di distensione del ventre del bambino durante la giornata, mantenendo però sempre sull'ernia il medesimo grado di pressione, basta sostituire alla fascia di luntaguo quella fatta coll'aggiunta di due stringhe elastiche denominate dai Francesi *bretefetes*, corrispondenti ad una terza parte di tutta la lunghezza della ciotola.

L'ernia ombelicale congenita, per motivi sopra esposti, quasi mai nei neonati offre l'opportunità d'assumerne la cura; e la quale, se l'occasione fosse favorevole, non sarebbe punto diversa dall'ora descritta. Un solo esempio esiste e mia notizia di buon esito di questa intrapresa riferito da Her, in cui l'erula ombelicale congenita eguagliava in grossezza un uovo di gallina. Questo dotto ed esperto chirurgo, respinto le vie e dalla radice del cordone ombelicale nel ventre, trasse a contatto i lati dell'apertura mediante un cerotto attaccaticcio steso sopra pelle; poscia collorò sopra questo una pallottola conica fatta dello stesso cerotto, e sopra di essa alcune altre compresse, il tutto sostenuto da una cintura. Il cordone ombelicale si staccò spontaneamente una settimana circa dopo la nascita, ed altri quindici giorni dopo l'apertura ombelicale erasi ristretta a tanto, che, tolto via l'apparecchio, le viscere, neppure sotto le grida del bambino, protrudevano più all' fuori del ventre (*Prætical Observations* pag. 227).

Egli è indubitato dover esser questa la via da tenersi dal chirurgo, qualunque volta nei neonati le viscere sono soggettive di riposizione. Ma anzi volte non lo sono, o per eccessi-

sivo volume di esse, o per aderenza al ascocenterio, o perchè il contenuto nel tumore è una porzione, o prolungamento della sostanza del fegato stretta uello spigoglio dell'ombelico, e larga al di fuori. In questi sgraziosi casi d'ernia ombelicale congenita, coperta dall'esteriore velamento del cordone ombelicale, se il bambino sopravvive due settimane, accadono i seguenti fenomeni. Primieramente, oei due giorni consecutivi alla nascita, la superficie esteriore dell'ernia assume un colore giallo-verde, indi nero; fa qua e là della superficiale fenditure dalle quali esce un odore verdastrò. Verso l'ottavo giorno comparire sulla cute vera d'intorno l'ombelico un cerchio rosso, il quale indica il punto di separazione del cordone ombelicale. Si separa infatti poco dopo dal ventre l'involtorio esteriore del tumore fatto della tozza propria del cordone ombelicale mortificata, sotto della quale si presenta il sacco erniario fatto dal peritoneo, florido, e coperto di granulazione. Durante la mortificazione, e separazione del velamento esteriore dato dal cordone, il bambino non prova il minimo incomodo; ma tutto che il vero ascocernizio si trova allo scoperto, ancorchè florido, e granuloso, insorgono sintomi di irritazione generale, sotto la violenza dei quali si esaltano le forze del bambino, e ce ne muore.

§. XVI. L'assoluta diligenza che richiede queste fasciature, perchè la pressione non eccede certi confini e non sia minore del bisogno, e la nettezza tanto necessaria dell'apparecchio, le quali cosa difficilmente si possono ottenere dalle nudriti delle classi dei poveri, è stato, mi pare, il principale motivo per cui l'odioso DASSAULT a rimettere in pratica l'operazione della ligature dell'ernia ombelicale dei bambini, quale presso a però si legge in Cetus (1), me rha da molto tempo, e non senza grandi motivi, era caduta in disuso. Cazzo, entrato nel delirio di questa operazione, disse che ora con uoce legat e tempra emente il tumore, ora egli è necessario di traspararlo oella base con ago e filo, e di stringerlo come si pratica per lo *strafismo*; poscia interpone all'operazione tante eccessive fratte dall'età, dall'abito di corpo, dalle malattie della pelle, e simili, che sembra quasi egli riguardasse come rara cosa l'opportunità di metterla in opera con

(1) *Lit. VII, cap. 14.*

buon successo. Questa stessa riflessione è stata già fatta da parecchi antichi scrittori di chirurgia, segnatamente da **ARQUAGNANT**. Lo stesso **DESSAULT** non ha lasciato di frammentare alcune restrizioni sulla convenienza di questa stessa operazione, poichè egli scrive colla solita sua ingenuità, che la legatura dell'ernia ombelicale non è un mezzo curativo radicale un'annullu pervenuti all'età di quattro anni; che egli è assolutamente indispensabile, come insegna **CASO**, il trapanare con ago e filo quelle ernie ombelicali che hanno una base larga; che anche nell'età di sei anni la legatura non è un mezzo del quale si possa riporre un'intera fiducia di radicale guarigione, se non la successiva applicazione, per due o tre mesi dopo l'operazione, della fascia comprimente l'ombelico. Forse, lo opino, egli è per essere stato omessa codesta compressione, che parecchi fanciulli operati da **DESSAULT** sono recidivi (1). Ho tenuto dietro diligentemente ai fenomeni ed ai successi di questa operazione istituita ora per mezzo della semplice legatura, ora per via delle treffatura, e dopo un numero assai considerabile di pratiche osservazioni mi trovo autorizzato a dire che l'una e l'altra maniera di operare non è esente da sintomi gravi, e talvolta assai pericolosi, e che nè l'una nè l'altra operazione produce una guarigione veramente radicale senza il concorso della compressione intrattenuta per alcuni mesi dopo la cicatrice della piaga. Ho osservato che non tanto di rado come da alcuni chirurghi si pretende, il legatura susseguono febbri gigiarde per eccesso d'irritazione, d'infiammazione, di dolore vivo e protratto, accompagnato da grida pressochè continue e moli eontrattivi. Dopo la caduta del tumore l'ulcera che rimane, è sempre assai larga, e sempre lenta a restar alla cicatrice, e si fa bavosa e dolente per intervalli senza cosa manifesta, e malgrado la medicatura asciutta. Recentemente un celebre chirurgo (2), non senza grandi motivi, ha interposto il dubbio che in questa operazione, essendo compresa

nella legatura la vena ombelicale ed il ligamento falciforme del fegato, l'infiammazione possa di leggieri propagarsi lungo questo sentiero al fegato con grande rischio della vita del bambino. Sintomi di tal sorta quando sono accaduti in conseguenza della legatura dell'ernia ombelicale, furono attribuiti ad un'indivisiuale squista sensibilità, ed una predisposizione alla spasmodia, e perciò dovemmo riguardarli come altrettanti eccezioni che non escludono la regola e l'utilità generale di quest'operazione. Ma in qual modo può egli il chirurgo, prima d'intraprendere codesta operazione, conoscere con sicurezza nei fanciullini la forza e l'estensione di codesta predisposizione? Certamente quelli da me osservati, o che furono assai di quelli occidenti sopra menzionati, erano, prima dell'operazione, per ogni riguardo robusti e sanissimi. Comunque poi si leggh l'ernia ombelicale, egli è indubitato che il tumore non può essere stralzo che si si qua dallo spiraglio ipocostico, intorno al quale ed innanzi al quale, è certa distanza dall'anello, i legamenti rimangono rilassati e promincuti; per la qual cosa al cadere della porzione legata del tumore, vi resta sempre dopo la cicatrice un tratto di sacco eroirio e di flosci legamenti, e stringete e corroborate i quali non basta l'increspimento della cicatrice stessa, la quale è sempre sottile e cedevole, e che tosto o tardi, non essendo bastante a contrabbilanciare l'urto delle viscere, dà occasione all'ernia di ricomparsi più voluminosa di prima; e se trattasi di una fanciulla, gravi di più il pericolo, divenute ridotti, che ciò accada durante la gravidanza, poichè egli è dimostrato che sotto questa circostanza la cicatrice dell'ombelico è facilmente lacerabile. **POTT** (3) è stato testimonio di terribili accidenti prodotti dalla rottura d'una cicatrice dell'ombelico in tempo di gravidanza, quantunque codesta cicatrice, per quanto egli dica, non fosse stata in seguito d'ernia, ma di un ascesso dell'ombelico aperto col bisturi; ed che vi potrebbe essere qualche dub-

(1) **RICKERD**, *Notograph. chirurg.*, tom. II, pag. 453. — **DESSAULT** avoir remis en vigner la ligature tombée en désuétude. Il s'abusait sur sa valeur; et il n'est pas difficile d'en reconnaître la cause. Tous les enfans qu'il opérât à l'Hôiti-Dieu sortoient guéris, et n'y revenoient plus: on regardoit alors comme radicale une guérison momentanée.

(2) **PALOTTA**, *Mém. dell' Istituto*, tom. II, part. I.

(3) *Chirurgical Works*, tom. II, pag. 169.

birra. Oltre di ciò, siccome non si può mettere in dubbio che dopo la legatura, fra il margine aponeurotico dell'ombelico ed i tegumenti rimane un picciolo imbuto fatto dal rolo del sacco erniario, è questa un'occasione sufficiente perchè dopo l'operazione vi insinuino alcuna porzione d'olio scisso adiolimali, ed impediscia allo spiraglio aponeurotico dall'ombelico di restringersi e richiudersi completamente. Abbiamo noi prova convincente di ciò nell'antica maniera di curare l'ernie inguinali non istruite mediante la legatura, comprendendosi col sacco erniario anche il cordone spermatico. Intorno alle quali cose sappiam che per la maggior parte codeste ernie recidivavano a motivo, senza dubbio, che la cicatrice involta nella legatura non era bastante a reprimere nel ventre tutto il collo del sacco erniario, e non esso completamente le viscere protruse. Poco dopo l'operazione dell'ernia inguinale intraccata, in conseguenza della quale la rientrare si fa tanto vicina all'anello aponeurotico dell'inguinale quanto si fa far si possa; pure dopo quest'operazione non avvi alcun sensato ripurgio, il quale intanto alla esperienza non prescritta al malato un aiuto da portarsi pel restante della sua vita. Al contrario di tutto ciò, egli è un fatto sì di là d'ogni contestazione, perchè confermato dalla pratica di molti secoli, che la compressione per sé sola è un mezzo efficacissimo per operare la guarigione radicale dell'ernia ombelicale dei fanciulli bambini, mirando esser la ogni pericolo, e che ben di rado, purché il minore si stovate dilagare, richiede d'essere impiegato per più lungo tempo di due o tre mesi. Che se, per le cose dette, la legatura, quando uno non è in urgenza da gravi e pericolosi sintomi, non produce con sicurezza la guarigione completa di questa infermità senza il sussidio della compressione, la legatura, per riguardo alla classe dei poveri, non è dunque di alcun illasante vantaggio, e per quella degli agili non si abbrevia la cura, poichè non si richiede meno d'un mese ne' casi di più felici

per ridurre l'ulcera a perfetta cicatrice; indi fa d'uopo impiegare due altri mesi d'assidua compressione per assicurar il buon esito dell'operazione; lo che coincide col tempo che l'ordinaio s'impiega per ottenere una cura completa dell'ernia ombelicale ne' fanciullini mediante il semplice ed innocuo miraso della cintura e della compressione (1).

§ XVII. Negli adulti per mantenere riposta l'ernia ombelicale, come più frequentemente accade di dover fare, quella della *linea bianca* in vicinanza del margine aponeurotico dell'ombelico, la esperienza ha dimostrato doversi dare la preferenza alla cintura elastica. Di queste macchine più o meno composte, costose e farli a gustarsi ne abbiamo parecchie, ma per sùoché l'ott non corrispondo no pienamente all'intento; perchè comprimendo l'ombelico, premono quasi con egual forza i lati e la circonferenza del ventre. La meno costosa ed insieme quella che mi è sembrato aver meno difetti delle altre di quest'ordine, si è la seguente. Prendesi una lastrina metallica, lunga poco più di tre pollici, alta due ed alcune linee, la quale sia leggermente innervata perchè sia adatta alla convenienza del sentre. Nel centro di questa lastrina sia fissata la pallottola di graniglia proporzionata al volume dell'ernia avendo internamente una spirale di filo metallico non troppo rigida nè troppo facilmente cedente. Codesta lastrina applicata sull'ernia già riposta sia tenuta al suo posto da una cintura composta di due righie elastiche, denominati dai Francesi *bractelles*, disposte in linea parallela fra di loro e chiuse entro una comune guaina di morbida pelle o di tela, perchè non si scaltino l'una dall'altra, senza però che s'armino i nocenti alla guaina stessa. Questa cintura elastica della larghezza di tre pollici circondi tutto il ventre, e si attacchi ad un lato ed all'altro della lastrina, sulla quale si tenda più o meno secondo il bisogno. Ho osservato che questa macchina elastica sia al suo posto senz'altri pezzi d'aggiunta, sia che il ventre sia teso o

(1) I Veterinari ci assicurano, che mediante lo *encastro*, e legatura dell'ernia ombelicale nei Polci si ne ottiene la guarigione radicale, e stabilis. Journal général de Méd. Vet. 70, Janvier 1820 pag. 76.

Se questo fatto è costante, egli è una prova sì più della grande circospezione che conviue usare nell'argomentare dai felici successi delle chirurgiche operazioni sui bruti ni mandamenti delle medesime operazioni sull'uomo.



depresso e che inoltre è preferibile ad ogn'altra di tal sorta per la leggerezza, per la semplicità della costruzione, per la facilità dell'applicazione e per la durata. In ogni modo, e in qualche particolar caso di emergenza una tendenza a spostarsi all'insù o all'ingiù, sarà facile l'andarci al riparo mediante lo *spalliere* o il *rottoleccio*, quantunque dinno io non abbia esuto motivo d'esser ricorso ad alcuno di questi mezzi ausiliari. Trattaci qui della piccola ernia ombelicale e di quella della *linea bianca* in incisioni del margine spongerolico dell'ombelico, per contenere la quale non si richiede che una piccola forza di pressione. Quando l'ernia di tal sorta è di considerevole volume, alla cintura ora descritta è di gran lunga preferibile il cinto a molla, quale ei presta per contenere l'ernia inguinale, con quelle modificazioni che sono suggerite dalla configurazione delle parti sulla quale de' essere applicato. Codeste modificazioni consistono nell'allargare l'estremità della molla o semiercio, che fa il punto d'appoggio nel dorso (1), e nell'inclinare la molla stessa in modo che si adatti ed appoggi in piano sulla epina e sulla commità delle ossa del fianco, ed inoltre nel dare all'altra estremità anteriore della molla quella direzione che è indicata dalla posizione dell'ernia, non omettendo di proporzionare la forza della leva al grado di pressione che si richiede per contenere stabilmente riposte le viscere. Nelle persone, la circonferenza del ventre delle quali non è enorme, lo non impiego altra maniera di cinto che questa, e nel migliore successo, ogni qual volta l'ernia ombelicale o quella della *linea bianca* è di un volume considerabile, e non per tanto si pesa alla riposizione. Giova osservare che tutti gli scrittori i quali hanno lungamente diligentemente e mezzi di contenere l'ernia ombelicale voluminosa, ma inestettabile di completa riposizione, hanno fatto menzione del cinto a molla per gli adulti, simile a quello che si adopera per contenere l'ernia inguinale; pure sono pochissimi quei chirurghi che suggeriscono al loro malati questo strumento in que' casi nei quali il compressore sopra descritto non è bastante all'uso. Posso assicurare che riesce perfettamente bene. Come poi nei bambini, così negli adulti, non so-

no d'accordo fra di loro i chirurghi sulla forma della pallottola. Alcuni la vogliono conica, altri acuminata, altri piana. Quanto a quest'ultima, non mi sono ancora incontrato in un solo caso d'ernia veramente ombelicale, in cui si sia potuto consentire. In ogni ernia di questa sorta ho sempre riconosciuto la necessità di fare una compressione profonda mediante una pallottola leggermente conica, onde pervenire a respingere completamente le viscere nel ventre, e mettere a contatto i legamenti collo spiraglio spongerolico dell'ombelico o della fenditura della *linea bianca*. Nell'ernia della *linea bianca* poi che essa è un lato o dall'altro dell'angolo ombelicale, la ricaduta dei legamenti dell'ombelico che rimane intatta, non che la pelle sirina, formano costantemente un pneumoturio per cui un compressore piano o leggermente conico non può giammai approfondarsi tanto quanto si richiede per respingere accuratamente le parti protruse. Tutti al più il compressore piano potrà consentire per contenere l'ernia della *linea bianca* situata alquanto sopra o molto dell'ombelico, o zero compiuta la porzione dell'ernia dell'una o dell'altra specie, e titolo d'appianare i legamenti ed il tessuto cellulare fatto inerente all'aponeurosi dell'anello ombelicale o della fenditura della *linea bianca*, onde allontanare sempre più il pericolo della recidiva.

§. XVIII. S'io consento delle grandi difficoltà nell'adattare il cinto a molla a quelle ernie della *linea bianca*, che per la loro sirinosa alla cartilagine *macronata* dicromatica dello stomaco. Per questo flessibilità la molla, i malati non la possono tollerare, e provano difficoltà nel respirare. Per mettere un rouseolante riparo a questo ernia, la quali sono sempre piccoli, perchè rientrano sotto una discreta pressione, ho osservato che al rinto a molla si può sostituire ultimamente un corpetto di balena cedente nel seguente modo. Un corpetto di tale sorte cioge il petto ed il ventre, ma non è munito di balena che nel dorso e nei lati. Dall'uno e dell'altro lato del corpetto passa una fettuccia di tela larga quattro dita, uno delle quali è fissata nel mezzo per certo tratto. Sulla piccola ernia si applica il bottone e la compressa assicurata coi cerot-

(1) Vedi Memoria I, §. XXII.

li, come si pratica per l'ernia ombelicale dei teneri bambini; poscia si prendono le due fettucce che partono dai lati del corpetto, si passano l'una entro l'altra, come se fosse una fascia *united*, e tirandole in senso contrario si porta al giusto grado di pressione sulla pallottola o bollone. Le estremità delle due fettucce si assicurano in fine ai lati del corpetto, e con alcuni punti di cucitura si unisce il retro della fasciatura nella sottoposta compressa, direttamente contro la sede dell'ernia.

§ XIX. Fu generale egli è un errore quello di credere che le piccole ernie epiploiche siano più facili da ridursi e mantenersi ridotte che le grosse. Ciò è più particolarmente dimostrabile nel conto delle piccole ernie ommatili della *Nasa bianca* e dell'ombelico, che in riguardo alle altre. Imperciocchè l'augurio fofo da cui è uscito l'omente, e la ristrettezza del collo del sacco erniario nelle piccole ernie ommatili, sono sempre minori della grossezza che assume la porzione d'omente fuori uscita; la qual cosa mette un ostacolo considerabile al regresso, mentre nella grande ernia di questa specie, se si precuola dall'aderenza che per troppo uso di frequente rende l'omente col sacco erniario, l'ampiezza dell'anello ombelicale, maggiore proporzionalmente nelle grandi che nelle piccole ernie, facilita grandemente la riposizione. L'arte ci somministra un mezzo di superare queste difficoltà dipendenti dalla ristrettezza dell'anello ombelicale nelle prime, o dall'aderenza col sacco nelle seconde, o almeno d'impedire l'incremento d'ambidue; e questo mezzo consiste nella costruzione di un cinto elastico a pallottola rotonda, e fatta in maniera che eserciti continuamente una dolce pressione sul tumore, e tale che non incomodi punto il torbido nei suoi movimenti, e non maltratti le viscere. E si ottiene questa dolce pressione, se la cavità della pallottola è alquanto maggiore del volume dell'ernia, ed è stata coperta interamente da un morbido cuscinello, la di cui spessezza si anda a mano a mano crecendo, a misura che rientrando l'omente nel ventre il tumore diminuisce di volume. Questo articolo di pratica verrà gradualmente illustrato dalla seguente osservazione. Ad una nobile donna (1) rotto gli sfiorai

d'un parto assai laborioso romparsi un'ernia omentale un dito l'arterioso sopra dell'ombelico. Dopo diciotto mesi il tumore aveva acquistato la grossezza d'una palla da giuoco, del diametro d'un pollice, della quale, oltre la forma, un'agere aveva la durezza. La radice di quest'ernia era così grasse e simile ad un peduncolo, che riuniva persone dell'arte, eccettuati *Muscaez* e *Paaz*, l'avevano giudicata un tumore cistico. Io fui consultato sei settimane dopo che erano stati praticati varj rimedi, e riconobbi che quel tumore era un'ernia omentale. Il suggerimento che diedi, fu di contenere quell'ernia in modo che non crescesse di volume. A tal fine presi una lastra di forma ovale acuta nei polli di piccol diametro, e dieci di diametro larghezza. Al centro di questa lastra diedi tanto di concavità quanto era bastante a ricevere a contenere comodamente l'ernia, ed i lati il restante alla convessità del ventre. Nel fine la qual cosa procuri che il margine inferiore della lastra fosse alquanto più curvato del superiore, affinchè regesse esattamente il piano indicato nella regione epigastrica, e perchè tutti i punti della lastra, eccettuato il centro, concorresse a formare il punto fisso dello stomaco, la convessità del quale fu consecutivamente imbottita, e tenuta ultra il sito da una fascia circolare. Tre giorni dopo l'applicazione di questa benda ritrovai, al di là della mia aspettazione, il tumore diminuito della metà. Riempii allora la convessità della lastra di stoffa molle e molla, e ne' giorni seguenti continuai a fare lo stesso in proporzione che il tumore s'impiccioliva. Nel settimo giorno trovai l'ernia del tutto rientrata. Immediatamente ho costituito alla benda conca la convessità, ed ordinai alla malata di portarla costantemente. Essa divenne nuovamente asciutta, e malgrado ciò non fu sottoposta alla recidiva dell'ernia.

§ XX. Vuolisi osservare che il cinto concavo d'Assauo produce realmente simili buoni effetti ogni qual volta venga applicato colle dovute cure all'ernia di questa sorta di migliore soluzione, ma che questa stessa benda non è applicabile con egual buon successo all'ernia di questa specie assai grosse e di vecchia data. Queste grosse ernie di largo fondo

(1) *Assauo*, *Mém. de chirurg.*, tom. II, pag. 518.

a gracile ossice sono inclinate dall'alto in basso, e per essere convenientemente sostenute richiedono che la benda compensoria abbia un punto d'appoggio assai più elevato che il collo del tumore. Per la qual cosa ho osservato che ne' casi di grossa ernia ombelicale o della *linea bianca* inclinata e pendente in basso il compensorio d'ILIANO (1) con alcune modificazioni è di gran luogo preferibile al cinto concavo d'ANZANO, ed a qualunque altra benda sin ora conosciuta. Codesto compensorio d'ILIANO consista in un capetto di tela forte a due doppi, che discende soltanto eipo all'unione della cartilagine della prima costa spuria collo sterno. A questo corsetto posteriormente di contro le escupole sia cucita sia un lato e dall'altro una benda larga due dita, la quale dicendo e si inclina sotto le anche dal di dietro all'avanti sul ventre, e va ai uischi per mezzo d'une fibbia in ambedue i lati ad un sacchetto fatto di doppia tela, ben imbottito, entro il quale si raccoglie esattamente il fusto ed il corpo dell'ernia. Per mezzo della due fibbie il compensorio, di cui il punto fisso è alle scapole, può essere alzato o abbassato secondo il bisogno. Il sacchetto poi si può fare anche di pelle; al qual fine si tagliano parecchi pezzi di pelle a foglia di felce di molone, i quali cuciti insieme per lo lungo formano una navicella di tanta profondità quanto è il volume dell'ernia. Il punto d'appoggio, come si è detto, di questo compensorio essendo fra le scapole e non nella regione lombare, come altrimenti d'impiega la cintura d'ANZANO, è opportunissimo per sostenere il tumore senza incomodare i muscoli, ed inoltre la forza che lo rialza agisce nella direzione la più favorevole pel cingimento delle viscere, qualora fosseva disposto a farlo, almeno in parte.

§ XXI. L'ernia ombelicale e quella della *linea bianca* più di rado che l'inguinale o la femorale sono sottoposte allo stenoseamento; ma se una volta s'inscracciano, sono questa accompagnate da sintomi veementissimi, e ca-

dono più presto che le altre la gangrena. Ed è principalmente per questo motivo che l'operazione dell'ernia ombelicale o della *linea bianca* incarcerata è mancante il più delle volte di buon successo, perchè appunto peristaltica quasi sempre troppo tardi. Questo fatto di pratica è sanzionato dalla esperienza dei più celebri chirurghi osservatori. Egli è certo, diceva DIOISC (2), che delle persone sottoposte a questa operazione è maggiore il numero di quelle che periscono, che di quelle che si salvano dalla morte. Per la qual cosa, soggiungeva egli, tutti quelli i quali hanno la sfigura d'avere un'ernia ombelicale, dovrebbero piuttosto far senza di camicia che di benda. EASTERMAN (3) dice la stessa cosa. Del resto si sa che nell'ernia ombelicale o della *linea bianca* non si trova stenizzato che l'omento, pure l'osservazione d'INGESAR che i sintomi sono a un dipresso gli stessi, colla differenza che quando vi è l'omento solo, si limitano gli accidenti alle nausea; e se vi succede il vomito, questo a meno gagliardo e frequente di quando è prodotto dall'intestino strozzato. Inoltre non è l'omento soltanto incarcerato, il più delle volte il stesso si ramifica più o meno speso. La vicinanza dello strozzamento all'orlo dello stomaco vicinissimamente è la ragione per cui i sintomi conenzuali occasionati dall'omento incarcerato sono più gagliardi in quest'ernia che nella inguinale e nella femorale. L'operazione sempre necessaria, cimentata senza utilità i comuni presidi (4) e che conviene collocalmente praticare in queste urgenze circoscritte, non differisce in generale da quella che si eseguisce per l'inguinale o femorale ernia incarcerata; soltanto nel primo caso richiede una maggiore diligenza che nel secondo, a motivo della prossimità, di cui quasi tutti i segmenti del sacco erniario, dell'aderenza il più delle volte dell'omento col sacco intestinale, e del modo con cui l'intestino si trova ricoperto ed involto fra l'omento. Nel caso poi di stenoseamento d'ernia om-

(1) *Centur. III, observ. 64.* — *Vedè la figura FII della qui unita Tav. X lineate.*

(2) *Cours d'opérations*, pag. 118.

(3) *Institut. chirurg.*, tom. II, cap. 94.

(4) *Le applicazioni fredde, ed i clisteri d'infuso di tabacco fatto con una dramma di questa sostanza in una pinta d'acqua. Vuolsi, che il clistere di tabacco sia di gran lunga più utile in far rientrare la viscere nel caso d'ernia ombelicale, che qualunque altro; locchè verisimilmente deriva da ciò che quest'ernia è formata occorrendo volte dal crasso intestino, e più particolarmente dal colon trasverso.*

bellata assai voluminosa, e nella quale la massa delle viscere fuori uscita fosse tanto grande che avesse perduto il diritto, per così dire, di domicilio nel cavo del ventre, l'espedito il più plausibile da impiegarsi, purché non vi fossero segni manifesti di gangrena inoltrata, sarebbe quel medesimo che si pratica per le grosse ernie inguinali irreducibili, cioè di fendere il margine dell'anello ombelicale senza aprire il sacco erniario. Per eseguire la quale operazione si fa un taglio semicircolare dei tegumenti sul lato esterno della radice dell'ernia ombelicale, indi diligentemente si fende la lida aponevrotica che la ricuopre, e si fa scorrere con piacevolezza l'apice d'una sonda fra il collo del sacco erniario ed il margine dorso ed aponevrotico dell'ombelico, che si recide più o meno secondo l'esigenza del caso. Non potendosi in alcun modo che con estrema violenza innanzi l'apice della sonda fra il collo del sacco e lo spiraglio aponevrotico, il richiugo approfondirà l'apice dall'unghe del dito indice della mano sinistra fra i conflui del rolo del sacco e l'aponevrosi, e con mano sospesa inciderà l'aponevrosi stessa senza intorciare il collo del sacco erniario: dopo di che vi sarà luogo a sperare di poter far rientrare nel ventre quella porzione d'intestino o di omento che di recente fosse discesa ed ingrossata il tumore ed accrescere i sintomi dello strozzamento; o vero, se nessuna parte delle viscere stazionarie da lungo tempo fuori del ventre, ed aderenti fra di loro o col sacco non potrà essere riposta, l'incisione dell'anello aponevrotico dell'ombelico faciliterà la discesa e progressione delle materie fecali nel tumore, ch'è quanto dire toglierà di mezzo lo strozzamento. In fine se neppure questo espediente sarà trovato efficace, rimarrà in potere del chirurgo l'aprire il collo del sacco erniario nello stesso luogo in cui egli ha inciso l'anello ombelicale e nella medesima direzione, la quale operazione sarà sempre meno pericolosa che quella di mettere allo scoperto tutta la grande massa d'intestini e di omento, che non si può soporre nel ventre, o riposta, non si può contenere.

§. XXII. Ne' casi di stasamento d'ernia ombelicale, o della *funic bianca* di piccolo, o da mediocre volume l'incisione longitudinale

è sempre bastante a mettere allo scoperto il sospo ed il collo del sacco dall'ernia ombelicale o dalla *linea bianca*, senza che vi sia bisogno del taglio in croce o a modo di lettera T. Il taglio longitudinale dev'essere eregitto con mano sospesa e leggera, poiché come si diceva, il sacco erniario è sempre sottile e vicino alla pelle, e spesso ed elasticamente. L'omento nel maggior numero de' casi è quella viscera che si presenta per la prima in questa sorta d'irruis nell'addito, a meno che l'intestinootto uno sforzo gagliardo non abbia perforato l'omento; nel qual caso egli è l'intestino che si affaccia appena aperto il sacco erniario. L'adesenza dell'omento al sacco erniario oppone la più grande difficoltà all'introduzione della sonda nel cavo del ventre, la quale difficoltà è tanto maggiore quanto che la spessezza e durezza dell'omento nei luoghi d'aderenza col sacco è d'ordinario assai estesa. Vi si perviene però procedendo cautamente e cercando in varj luoghi il passaggio, finché la sonda, spinta innanzi lentamente, si muove con libertà nel cavo del ventre. E questa precauzione è maggiormente necessaria quando dalla violenza del sintomi di strozzamento avvi tutto a credere che fra le falde o per entro una cuticella dietro una falda d'omento si trovi avviluppata e nascosta una piccola ansa d'intestino, alle quali circostanze il chirurgo è autorizzato altresì a fendere l'omento finché l'ansa d'intestino compaja a nudo in tutta la sua estensione. Ciò fatto, se avvi la possibilità d'introdurre fra il collo del sacco erniario e le viscere protruse l'apice dello strozzamento di *LAWREY*, egli è indubitato che con questo mezzo si toglierà prestamente lo strozzamento e si rimetterà l'ansa d'intestino fuori uscita; ma se la strettezza del collo del sacco erniario sarà tale da non ammettere entro il ventre che una sottilissima sonda metallica, il partito più sicuro ed efficace sarà quello del taglio del rolo del sacco erniario, ed insieme del margine aponevrotico lungo la sonda, disgiungendo l'incisione in basso, se si tratterà della *vera* erzia ombelicale, o dall'uno o dall'altro dei lati della femitoria aponevrotica, se dovessi operare l'ernia della *linea bianca* (1). Nell'uno e nell'altro caso ottimo divisamento sarà sempre quello di insi-

(1) *LAWREY*, inciso l'anello aponevrotico, non potendo riporre l'ansa d'intestino perche' foratamente distesa d'aria, copri il tutto di compresse bagnate nell'acqua fredda. Po-

dere lo strozzamento in quella direzione in cui la sonda avrà trovato più di facilità a penetrare nel ventre.

§. XXIII. Nell'ernia di questa sorta composta d'intestino o d'omento, l'intestino è per lo più libero da forte aderenza; l'omento al contrario quivi sempre è fortemente aderente al sacco erniario, e per molta estensione. Per la qual cosa, nell'ernia ombelicale ed in quelle della *linea bianca* strozzate, quasi mai l'omento è educibile, al meno completamente, nel ventre. Per ottenere ciò converrebbe praticare un'assai estesa incisione per separazione del sacco erniario, la quale non riuscirebbe di produrre tanta coagulazione, dopo che l'omento fosse stato riposto nel ventre. Tolto adunque lo strozzamento e riposto l'intestino, se vi si conviene, si recide l'omento in vicinanza dell'anello ombelicale, o della feoditura della *linea bianca*, e, dopo praticata la cauteria, onde impedisca l'emorragia che potrebbe risultare dalle arterie omentali oltre modo dilatate, si permette all'omento di ritirarsi verso il cavo del ventre di contro la intima labbra della ferita. In appresso si esporta tutto ciò di omento che erasi fatto aderente ai lati, ed il fondo del sacco erniario; e se pure qualche porzione di esso vi rimane, questa, rimovuta che sia la rupperazione della piaga, si consuma coi caustici.

§. XXIV. La gangrena dell'intestino nell'ernia ombelicale o della *linea bianca* richiede lo stesso trattamento che si pratica in simili egroziate circostanze in occasione d'ernia inguinale o femorale. Questo accidente però a cose eguali, è tanto più grave nell'ernia ombelicale e della *linea bianca* che nella inguinale e nella femorale, quanto che nelle prime è conseguilo quasi costantemente dalla fistola stercoracea insanabile, per i motivi esposti nella precedente Memoria intorno i morbi che la natura impinge per ristabilire la continuità del tubo intestinale troncato dalla gangrena. Imperciocchè nell'ernia ombelicale o della *linea bianca* il sacco erniario è così direttamente unito alla pelle, che le forze retrattive del tessuto cellulare e del peritoneo non sono bastanti dopo la separazione della gangrena a ritirarlo di tanto entro il ventre, quanto si ri-

chiede per formare con esso l'imbutto membranoso di comunicazione fra le bocche superiore e l'inferiore dell'intestino ceriso della gangrena; ond'è che necessariamente la bocca superiore dell'intestino si rimane certamente a fior di pelle, e che le feci che discendono per essa non hanno altra uscita che per la piaga, la quale, se per negligenza del chirurgo o del malato viene a stringersi di troppo, dà occasione che si cianovino le coliche, e ricomparino i sintomi simili a quello dello strozzamento. Per la qual cosa, ogni qual volta nell'ernia ombelicale o in quella della *linea bianca* la gangrena avrà distrutta tutta l'ansa d'intestino che nei confini dell'anello o della feoditura aponevrotica, verrà preteso dell'atto quello d'intestazione conosciamento dilatata la fistola stercoracea per mezzo d'una proporzionata targa di cerotto o di gomma elastica, sostenuta da uor adattata benda o cinta da portarsi per tutto il restante della vita del malato.

§. XXV. Non così quando la gangrena ha attaccato una picciola parte soltanto di tutta la circonferenza del tubo alimentare, richiede l'offesa dell'intestino non sia duribile da una ereptura dell'intestino stesso. In questo caso d'ernia gangrenata ombelicale o della *linea bianca*, la guarigione completa della fistola stercoracea può effettuarsi. Imperciocchè la parete cornea o ereptata dell'intestino frattasi aderente al peritoneo di contro la piaga esteriore lascia per certo tempo uscire per di là le materie fecali mentre una porzione della stessa materia scappa pel calibro ancor aperto dal lato sano dell'intestino, e progredisce per la via naturale. Poche restringendosi ogni giorno più la piaga, le materie alimentari dilatano maggiormente di prima l'intestino di contro il luogo della ereptura, ed il secesso si fa più abbondante; in fine l'ulcera si chiude completamente. Maria Guelfi parese, ora d'anni ventitrice, poteva uno dall'infanzia l'ombelico prominente, digeriva male e non andava di corpo che stentatamente. Nel decimo anno il suo è l'ernia ombelicale cominciò a molestarla fortemente, occasionandole tanto tanto dolori accebi di ventre, nausea, e talvolta anche vomito, i quali accidenti si

che istante dopo insorsero dei barborismi in tutto il ventre, e l'intestino rientrò spontaneamente. — Vedi Recueil period. de la Soc. de méd., tom. VI, pag. 66.

relavano sotto l'applicazione dei fomenti e dei clisteri. Malgrado l'evidenza delle ragioni produttrici questi sconcerti, l'ernia, ombelicale in questa fanciulla non fu in modo alcuno curata. In progresso di tempo il tumoretto s'infiammò e si aprse spontaneamente dando esito ad una grande quantità di liquide materie fecali unitamente ad un lombrico. Fu prescritta alla fanciulla un purgante, che fu ripetuto ne' giorni consecutivi. L'apertura estrinse dell'ulcera ritercorea, essendo divenuta troppo angusta per dar libera uscita alle materie intestinali, fu dilatata col taglio. Uscì per di là un secondo lombrico, poi un terzo; indi le materie fecali cominciarono a prendere il corso loro naturale, ed in due mesi la piaga si ridusse ad un picciolo forellino dal quale usciva per intervalli qualche goccola di fluida materia gialliccia. Da quest'epoca in avanti la fanciulla riprese appetito e forze. Ricorreva non pertanto la stitichezza, per cui, so esse trascurava l'applicazione dei clisteri in tempo debito, era presa da vivi dolori d'interno l'ombelico e nella regione epigastrica. Presentemente si sulla sua del 1869 la Guelli è maritata e gode della più perfetta salute. Essa non soffre più di stitichezza, nè prova più alcuna dolorosa remissione d'intorno l'ombelico già perfettamente chiusa e cicatrizzata.

§. XXVI. AARON (1) riferisce due fatti simili a questo. Fu affidata, scrirregli, alla mia cura una fanciulla di quattordici anni, cui ore suppurava un tumoretto nell'ombelico. Essa sin dalla prima infanzia aveva portato una tumidera d'ombelico, che tratto tratto le affliggeva e le occasionava uruse, dolori di ventre e vomiti, ma che cessavano tosto che se le abbracciava l'ombelico. Questi accidenti essendo fatti più frequenti del solito, fu prescritta alla fanciulla un emetico, preso il quale si accrebbe in essa la stitichezza, e ricomparvero più frequenti e più gagliardi di prima i sintomi di urusa, di coliche intestinali e di vomito. Il tumoretto dell'ombelico s'infiammò e diede segni d'incominciata suppurazione. Toosto consulto, fu determinato di fare una picciola incisione nel tumore a fine di dar esito ad una cucchiainata di materia che vi poteva essere. Ciò fu eseguito. Fu so-

prachizzato il dottore HOLLAND, il quale riconosceva la necessità di prolungare l'irritazione già cominciata. Per quindi giorni furono praticati tutti quegli interni ed esterni rimedj che sono riguardati come i più efficaci in promuovere il corso naturale delle fecce, ma inutilmente, poichè in tutto quest tempo la fanciulla non andò di corpo, e frattanto i rimedj sopra indicati s'inalzarono più vivamente di prima, segnatamente la tensione di ventre ed il vomito, ai quali accidenti si aggiunse la soppressione delle urine. La fanciulla appressa da tutti que' mali che indurano avvicinarsi la gangrena degli intestini, trovarsi agli estremi, quando tutto ad un tratto si ruppe l'intestino, ed uscirono per la piaga le materie fecali in gran copia, fredda seco nocciuoli di frutta in abbondanza con manifesto sollievo della picciola malata. Le materie fecali continuaron a fluire per la piaga durante tutta la giornata. Successivamente, poichè l'apertura del sacco erniario e quella dell'ulcera esteriore non erano nella giusta direzione della ereptura dell'intestino, l'uscita delle materie fecali fu alquanto ritardata, e maggiormente ancora per l'interposizione di alcune sostanze mal digerite. Per togliere di mezzo questo inconveniente fu ampliata nuovamente col taglio l'apertura dei tegumenti e quella del sacco erniario, dopo di che la fanciulla non fu più incomodata da coliche nè da vomito; e fu allora che si cominciò ad avere qualche speranza di buon successo, quantunque le materie fecali continuassero a fluire in abbondanza per la piaga. La fanciulla si andava e prendeva sonno. La non interrotta applicazione dei clisteri e dei fomenti fece sì che dopo dodici giorni dalla ereptura dell'intestino nell'ombelico le materie fecali riprudessero la via del secesso; al compiere del quale poco mancò che la fanciulla non perdesse la vita a motivo d'una smodata diarrea che durò due giorni. Fortunatamente il flusso di ventre si è rallentato sotto l'uso degli astringenti o dei diluenti, e cessato questo accidente la piaga dell'ombelico si cicatrizzò, e la fanciulla dopo tre settimane si è trovata in perfetta salute.

§. XXVII. La seconda osservazione riportata dal medesimo autore non è meno inte-

(1) *Philosoph. Transactions*, vol. 38-39, pag. 336.

remota da supersi dalla prima. In una fanciulla di circa quattro anni affetta d'ernia ombelicale le stesse morbose cagioni accennate nel caso parente produssero i medesimi tristi effetti. Imperciocchè dopo la suppurazione d'una porzione d'omero strotzato erappò l'intestino nell'ombelico, per dove le fecce uscirono in abbondanza. I sintomi che precedettero la crepatura dell'intestino, e gli accidenti che ne seguirono furono pressochè gli stessi che nel caso sopra esposto. La cura soltanto fu più lunga della prima a motivo delle frequenti interposizioni fra la crepatura dell'intestino e la piaga esteriore di granelli d'una sara. La fistola stercoracea si mantenne aperta per lo spazio di dodici mesi, poscia si chiuse, avendo prima ripreso le materie fecali il corso loro naturale. Questa fanciulla, discesa adulta a madre, non ha provato più alcun incomodo nella regione ombelicale.

§. XXVIII. Ad una fanciulla di nove anni, dopo una caduta dall'alto, si manifestò, come narra l'autore, un'ernia ombelicale (1), la quale nel corso di un anno crebbe alla grossezza di un naso di colombo. Durante questo tempo il tumorella occasionò molti incomodi alla piccola malata: in fine s'infiammò e si gangrenò. La gangrena avendo pestugiato l'intestino e i tessuti tegumenti dell'ombelico, uscì per quell'apertura un serco, indi molta fluida materia fecale con miste alla medesima foglie di petroselinolo, che si facevano bollire insieme alle carni per trarne il brodo di cui la malata faceva uso. Dopo lo stoppio dell'intestino e la copiosa evacuazione delle fecce per l'ombelico, cessarono tutti i gravi sintomi. Le forze della malata furono sostenute col sime di cordiali e col sito opportuno. Localmente non furono impiegati elisi topici molli o detergenti, ma soltanto ad una diaceta compressione. Si stabilì il corso naturale degli escrementi, ed il tumorella ombelicale scomparve. Fatti simili a questi, non però egualmente bene dettagliati, si leggono presso l'Isaano, il Rossetto, il Bazzano ed altri.

§. XXIX. Io circostanze simili alle precedenti mi si è presentata l'opportunità di esaminare nel cadavere lo stato della parti che avevano costituito l'ernia ombelicale e segna-

tamente il luogo ove erasi fatta la crepatura dell'intestino, e di vedere per qual motivo dopo questo accidente erasi insalutata, se non in tutto, almeno in parte la continuità del tubo intestinale. Maria Boseri parosa, fanciulla di dieci anni, postata da più mesi una fistola stercoracea nell'ombelico in conseguenza di suppurazione e di erapora d'intestino protruso nell'ernia ombelicale, dalla quale fistola uscivano continuamente materia fluide fecali giallicce, quantunque essa rendesse per intervalli la fecce anco per l'ano. Dopo undici mesi dalla crepatura dell'intestino, le si restrinse gangrenante, da quanto mi fu detto, la fistola nell'ombelico, e quindi tra dita sotto di questa le ne comparve un'altra, per la quale ripresero nuovamente ad uscire come prima le fluide materie stercoracee. Un anno dopo la formazione della seconda fistola la fanciulla di magrò oltremodo e declinò verso il marasmo. Fu presa per ultima da continua febbre con sudori colliquativi, poscia da acerbissimi dolori di ventre con totale soppressione del secchio, sotto la violenza dei quali sintomi spirò. Aperto il di lei cadavere, trovai un gonfiolo, per così dire, d'intestini tenui aderenti fra di loro, ed in parte attaccati al peritoneo di contro l'ombelico. Sciolta a stento questa massa d'intestini perenni a quello che aveva sofferto la crepatura. I margini della lacerazione erano aderentissimi al peritoneo nella regione ombelicale propriamente detta, e l'intestino offeso formava un anello attuso colla piaga nel luogo dell'aderenza. La crepatura era ridotta in allora alla lunghezza di due linee e mezza. Da questa lo specillo spinto dall'indietro all'innanzi e dall'alto in basso passava in una scialità fra l'apocrosi della *Rosa bianca* ed i tegumenti, ed usciva fuori per la fistola inferiore o sia tre dita sotto dell'ombelico. L'intestino di contro il luogo della crepatura aveva la sua tonache assai ingrossate, ed erasi in di tanto ristretto nel suo calibro che a stento lasciava passare una spessilla della grossezza d'una penna di piccione. L'acqua iniettata vi passava però abbastanza liberamente; lo che probabilmente non potevano fare le materie escrementizie, poichè vedevasi la posizione superiore del medesimo intestino manifestamente

1) *TAICHMAN, Dissert. de exomph. inflam., exulcerato et postea consolidato.*

dilatata. La fistola stercoracea formatasi tre dita sotto dell'ombelico non era proceduta da nuova crepatura dell'intestino, ma bensì da ciò che essendoti di troppo ristretta la superiore fistola, le materie fecali a poco a poco si erano infiltrate fra la *linea bianca* ed i tegumenti, e si erano procurata una più libera uscita in basso, tre dita sotto dell'ombelico. Per la qual cosa egli è verisimile il credere che l'inopportuno restringimento della prima fistola abbia contribuito grandemente ad accelerare la perdita di questa fasciella, dando occasione che si rinnovassero i sintomi di stozzamento, si raddoppiassero le aderenze fra la massa dell'intestino, ed avesse luogo l'infiltramento delle materie fecali fra la *linea bianca* ed i tegumenti sotto dell'ombelico. Sarebbe stato senza dubbio della prudenza del chirurgo l'impedire che ciò succedesse mediante la dilatazione della prima fistola, come ne' casi sopra esposti, e l'introduzione in essa d'una proporzionata lista da lenci e rinnettersi più volte il giorno, a costo che si dovesse rimanere una fistola stercoracea perpetua.

§. XXX. Non saprei asserire se questo infortunio sia più frequente nelle femmine che ne' maschi. Dalle altrui osservazioni su questo proposito, non che dalle mie, parrebbe che anzi più di spesso accade nelle prime, quantunque non vi sia un argomento plausibile da addurre intorno ai motivi che determinano questa infermità più o meno in un sesso che nell'altro. Ultimamente pure ho esaminato il cadavere d'una giovane donna perita per morbo occasionato da vizij d'utero, e dall'enteria risorta dopo atrociissimi dolori di ventre una fistola stercoracea poco sotto dell'ombelico che datava dall'infanzia, ma che più volte s'era aperta e chiusa, che riguardavasi in fine come perfettamente curata, perchè del tutto ricostituita da più di due anni. In questa donna, anzi dopo la ricomparsa della fistola stercoracea, il morbo non era mai stato del tutto soppresso, nè pare negli ultimi periodi di sua vita. Nel cadavere di essa le parti contenute nel ventre offerirono un gonfiato d'intestini così aderente al peritoneo da non potersi la rete della fistola, come nel soggetto precedente. La parete intima dell'intestino ileum

dalla parte dell'attacco del mesenterio, benchè più grossa del consueto, lasciava fra se ed il margine interno della crepatura dell'intestino uno spazio per cui una parte delle materie fecali continuava il suo corso naturale. L'intestino internamente all'interno del luogo della crepatura era spogliato della naturale sua villosità, meno però dalla parte dell'attacco del mesenterio. Non vi era la più piccola apparenza, come nel caso precedente, così in questo, d'imbuto membranoso fatto dalla retrazione del collo del sacco erniario. Per la qual cosa, paragonato lo stato patologico delle parti contenute nel ventre dopo l'ernia ombelicale crepata, colle parti medesime in conguenza d'ernia inguinale o femorale gangrenata, non dubito punto d'assertare che qualunque nel caso d'intestino crepato nell'ernia ombelicale o della *linea bianca* si sia luogo a sperare la cicatrice della fistola stercoracea, la recidiva però è di gran lunga più da temersi in queste circostanze che in quella d'ernia inguinale o femorale conosciuta da gangrena, a motivo appunto della mancanza, nel primo caso dell'imbuto membranoso fatto dalla retrazione del collo del sacco erniario, e della presenza di quest'imbuto membranoso nel secondo caso, o sia d'ernia inguinale e femorale.

§. XXXI. Nell'assertire, come ho fatto superiormente, che nell'ernia gangrenata dell'ombelico o della *linea bianca* non avvi a sperare il ristabilimento del corso naturale delle fecce, se non quando l'intestino è soltanto crepato, giustissimamente quando n'è rimasta connessa dalla gangrena tutta l'ansa del budello protruso, non ignorava potersi citare un fatto il quale ha tutte le apparenze di formare un'eccezione alla proposizione generale da me emessa. Ma, se non erro grandemente, questo stesso fatto analizzato attentamente, lungi dal diminuire, aggiunge anzi peso alla mia asserzione. Il fatto di cui intendo parlare è il seguente (1). Madama Marilère, d'anni cinquantasei, era già da molto tempo incomodata da ernia ombelicale in conseguenza d'un parto. Soctivano però in essa e rientravano con pari facilità le viscere, motivo per cui la malata non fece mai uso di benda. Il dì 30 gennaio 1770 tentò essa di respingere nel vo-

(1) CHAMBER-HAUF, *Journal de méd. de Paris*, tom. 36, pag. 539.



do conato le viscere nel ventre, ma non riuscì. Insorsero dolori intorno l'ombelico, il timore si fece duro, si accese la febbre; lorche cominciò ad intorbidire la malata, non però tanto quanto si richiedeva perchè essa dimandasse in tempo i soccorsi della chirurgia. Non fu che nel quinto giorno, scisse l'autore, che io fui chiamato. Trovai l'inferma oppressa da tutti gli accidenti dello strombamento. Il timore era di un volume assai considerabile, ed il colore livido indicava lo stato prossimo di gangrena della viscere in esso contenute. Proposi l'operazione che fu rinviata. Feci applicar cataplasmi, fomentì, clisteri, ed alle undici della sera rinovai qualche tentativo per riporre le parti, ma indarno. Mi accorsi che la gangrena faceva progressi, e questi furono tanto rapidi, che il giorno appresso tutto il timore era negativo. I sintomi allora divennero terribili: melanismo, singhiozzo, vomito presso l'or continno di materie fecali, dolori di ventre acuti e senza tregua. Ridotta in tale stato l'inferma al risolo di sottoporsi all'operazione. Trovai, aperto il sacco che l'intestino si ricovera a pezzi. Le materie fecali uscirono in abbondanza per la piaga, e continuarono a fluire durante la giornata. Ciò che più di tutto mi teneva in perplessità si era, che la gangrena sembrava intradarsi nelle viscere contenute nel ventre. Sull'esempio di LARROCHE e di LAYAT cominciai ad recidere tutta la porzione gangrenata d'omento, ed intinamente il sacco transito ed i legamenti adiacenti; poichè, dopo aver dilata l'anello ombelicale, procurai di tirare in fuori quanto più potei d'intestino, onde conoscere i limiti della gangrena. Tagliai via sette pollici almeno di canale intestinale mortificato. Incerto sullo stato della porzione superiore ed inferiore dell'intestino troncato, poichè la gangrena s'inoltrava, ed allorchè temendo di perdere un troppo lungo tratto di canale intestinale, ho preferito il tentativo di conservare o ritirare quest' parti, le quali lasciarono qualche speranza di non cadere in totale disfaccimento. Quelle porzione di mesenterio che corrispondeva al tratto d'intestino reciso trovandosi pure gangrenata, fu tagliata via con piccola perdita di sangue, e mediante due punti di cucitura le labbra della ferita del mesenterio furono ravvicinate, e con esso le due bocche dell'intestino troncato. Seguendo

la pratica di LARROCHE, le due estremità dell'intestino restarono al di fuori. Lasciai la piaga nel raso tiepido e vi sovrapposi i convenienti rimedj, e di tempo in tempo ordinai che fossero iniettati clisteri a mezza canna. La malata debolissima prendeva d'ora in ora un poco di vino e di brodo ristretto. Nel giorno dopo alle sei della mattina trovai la piaga perfettissima, ed estesa la gangrena. Levai molti lembi assai lunghi di cellulare fragile, e medicai la piaga come nel giorno precedente. Il ventre mantenevasi teso, non il palmo si sosteneva abbastanza bene. Il giorno sedici febbre renobbi che la gangrena aveva fatto ulteriori progressi all'esterno. Praticai alcune scarificazioni lungo l'intorno della piaga, e sullo stesso mesenterio a certa distanza dai punti di cucitura, e lessi ris parecchi altri pezzi di cellulare sfaccellati. Finalmente vedendo che la gangrena non cessava di progredire, mi determinai di far prendere alla malata un bevande fatta con un'oncia di china in due pinti d'acqua, coll'aggiunta, dopo la bollitura, di venti grani di sale ammoniaco, oltre qualche coadjuvo ed alcun poco di gelatina di corvo di corno di cervo. Il giorno otto ebbi il piacere di vedere che la gangrena consisteva a limitarsi nei tramenti, ma il fondo della piaga era intatto e negativo. Il giorno nove la gangrena pareva del tutto circoscritta all'esterno. Il fondo della piaga, come pure la porzione d'intestino tenuta al di fuori, mi sembrava disposta a ritirarsi. La tensione del ventre era migliore, e la febbre assai mita. Le cose procedettero in questo modo sino al dì 15 febbrajo, epoca in cui cominciai a concepire grandi speranze di buon successo. Da questo giorno sino al dì 20 febbrajo il fondo della piaga o l'intestino continuava a prendere sempre miglior aspetto, com'ero il mesenterio, dal quale si staccavano i punti di cucitura. Feci allora sospendere il decotto di rhina, ed ordinai soltanto l'uso d'una decozione rinfreddante e di qualche rucubajo di gelatina di corvo di corno. Il ventre era divenuto molliissimo, non più febbre, ritirato il polso, tono tranquillo, la superficie dell'intestino rimasta al di fuori era roseggiante. Incoraggiato da questi successi, osai sperare la guarigione radicale della malata, ed appoggiato all'osservazione di RAMMON, ho recato stato nell'estremità dell'intestino alla lira, indi

ho introdotto in superiore nell'intestino, e le ritenute unite per via d'alcuni punti di cucitura. Trentasei ore dopo quest'operazione o *invaginazione*, le più gran parte delle materie fecali riprese il corso naturale, il manico che soltanto una piccola porzione della più fluida mezza per la punga. Questi ventagli durarono sino al dì 25 febbrajo. In questo giorno fui grandemente sorpreso di trovare la piega imbevibile di saccrementi; in oltre strappati i punti di cucitura, disgiunte le bocche dell'intestino, le quali però non si erano punto colte di là dall'anello ombelicale. Medicai al solito la piega sino alla fine di febbrajo, l'onda sempre di escrementi a talvolta di grossi lombrichi, poichè nulla passava più per la via naturale. Stava il malato in un trattamento che mi allontanava dallo scopo che mi era proposto, essendosi la malattia a volte permettere ch'io tentassi di nuovo l'*invaginazione* dell'intestino; alla qual cosa, benchè con ripugnanza, essa si sottopose. Ciò fu il dì 13 marzo. L'estremità inferiore dell'intestino, non mi pareva in buono stato, perciò ne recisi quasi un pollice e mezzo non volendo esporli di nuovo al rischio che cedessero i punti di cucitura per ragione di sfioscenza delle tonache dell'intestino medesimo. Introdussi adunque nuovamente l'estremità superiore dell'intestino nell'inferiore, e procurai con un sol punto di cucitura di mantenerle unite, compendioso nell'aria di filo il più di sostanza intestinale che mi fu penibile. In questo stesso giorno, otto ore dopo l'operazione, una parte delle materie fecali passò per l'una, o così ne' giorni consecutivi. La malattia si alleviava con un poco di gelatina animale di quattro in quattro ore. Sal dedurre di marzo, ceduto il filo, ebbi cura di mantenere libero il ventre mediante i clisteri a tre o quattro. Ad onte di ciò per quindici giorni ancora non per la piaga alcuna porzione di materie fecali ed inoltre qualche lombrico. Pochi le fecce prese in totalità la via naturale e nulla più uscì della piaga, la quale per la molta sua estensione non si cicatrizzò che alla fine d'aprile. Per tutto successivo li pesanti della quale si parla non ho più provato alcun dolore di ventre ed ha continuato a vivere in buona salute.

§. XXXII. Questo fatto sembrerà a molti enigmatico, e certamente tanto felice combina-

sione in un medesimo soggetto non possono credibili, o almeno vogliono essere rigiordate come rarissime e non bastanti a stabilire una norma da seguirsi in simili casi. Comunque sia intorno alla verità e precisione di questo racconto, lo muove sopra esposta di ristabilire la continuità del tubo intestinale troncato completamente in conseguenza d'ernia ombelicale gangrenata, non ha nulla di comune con quella che la natura colle proprie sue forze impiega per prevenire e curare la fistola stercoracea occasionata dalla gangrena di tutta l'ansa d'intestino troncata nell'ernia inguinale o nella femorale. Perciò il modo di cura sopra esposto non fa, a mio giudizio, che vie più comprovare che la natura per sé sola, in occasione d'ernia ombelicale completamente gangrenata, non è capace di effettuare una simile guarigione, come fa assai frequentemente dopo il completo troncamento dell'intestino per gangrena dell'ernia inguinale e femorale; nei quali casi la giornaliera esperienza ci mostra che non è punto necessario di aver ricorso all'*invaginazione* delle due bocche dell'intestino troncato. Che se per ottenere un simile felice successo in occasione d'ernia ombelicale o della *fossa bianca* completamente gangrenata, non avvi altro mezzo sinora conosciuto che quello dell'*invaginazione*, ho già dimostrato nella precedente Memoria quante siano le difficoltà per via che si oppongono a quest'impresa, le quali non diremmo minori per un solo esempio di buona riuscita, onde si possa avere qualche speranza d'incontrare in circostanze egualmente favorevoli al buon esito dell'operazione, come furono nella persona che forma il soggetto di quest'osservazione, la quale ha potuto sostenere tanti strazi, quanti appena potrebbe sopportare un animale e sangue freddo, senza perdersi in breve tempo la vita. È meritevole non pertanto di seria riflessione per quelli i quali fossero disposti a cimentare aoramente l'*invaginazione*, che nel caso sopra riferito l'intestino non è stato introdotto nell'alto intestinale d'infiammazione o di accenduta sensibilità, ma soltanto dopo che s'era succeduta l'assorbimento dell'esterna sua superficie, e dopo che questa si era ricoperta di granulazione, senza l'introduzione d'alcun corpo straniero, e senza che le bocche dell'intestino *invaginate* siano state tenute in sito per mezzo d'una estesa cucitura.

ra, non per via solamente di qualche punto. Non è improbabile che l'insultato nello stadio di granulazione della sua superficie possa permettere d'essere maneggiato e inciso con minor pericolo di produrre que' formidabili accidenti che dopo l'innestazione si sono veduti insorgere nell'uomo e nelle bestie orlle quali è stata praticata a' giorni nostri quest'operazione. In tanta dubbiezza adunque, e quando manca l'opportunità di arrestarla, nella quale riporre si possa qualche fiducia pel buon esito dell'innestazione, la quale circostanza io riguardo come rarissima, il mezzo meno incerto di conservare la vita all'iofermo sarà senza dubbio quello d'intenerlo in esso la fistola atermica in quel giusto grado di dilatazione, per cui le materie fecali trovino a dati intervalli una libera uscita, senza tema d'infiltrazione fra le sponde dei muscoli del basso ventre ed i tegumenti.

§ XXXIII. Non so se fra gli arrendenti che accompagnano ed aggravano l'ernia in generale, sia stato registrato quello dell'emorragia prodotta per crepatura o rottura d'arteria delle vene varicose in quella porzione di mesenterio che corrisponde al tratto d'intestino intruso nell'ernia, per cui il sangue, sollevato pria già involti nell'ernia ed i comuni tegumenti, possa rotto, scivolare strada al di fuori con getto impetuoso e continuato. Mi è occorso di osservare un caso di questa sorta in conseguenza di piccola ernia della linea bianca situata poco al di sotto dell'ombelico, la storia fustata del quale accidente mi sembra degna d'essere registrata nei fasti della chirurgia. Maria Biancardi contadina, d'anni venticinque, nel duodecimo anno di sua età e cinque mesi dopo il parto, fu presa da dolori acerbissimi di basso ventre, durante i quali le si formò un ascesso poco rotto dell'ombelico, che scoppiò spontaneamente; poi, dilatato col taglio, diede esito per parecchie settimane a molle fluide materie gialle; indi si cicatrizzò perfettamente. Nella pubertà fu essa menstruale senza incomodi. Maritata non ebbe figli e fu sottoposta a perdite di sangue uterine. Pervenuta al ventun anno, le comparve, senza causa manifesta nel luogo della vecchia cicatrice, poco sotto dell'ombelico, un tumoretto che a poco a poco le si aumentò fino ad eguagliare la metà d'una piccola noce. Successivamente provò esse per entro al

tumoretto un senso molesto di formicolio, poscia di formio sensibile anche al tatto e non dissimile da quello che producono le varici aneurismatiche. Sulla fine di gennaio del 1809, essendo essa occupata in lavar panni, le scoppiò il tumoretto e le uscì di là il sangue con grande impeto ed a getto continuo. I vicini accorsi vi adunarono quanto potevano per arrestare la violenta emorragia, ma non vi riuscirono che dopo tre quarti d'ora, e quando già la donna era caduta in deliquio. Il sangue uscito aveva tutt'i caratteri del venoso. Nel corso di sette giorni la malata si ribbe sufficientemente, ma al primo alzarsi dal letto ricomparve il getto di sangue come prima, e quantunque fosse scorso il riburgo, non riuscì egli pure nell'arrestare l'emorragia che dopo un'ora di assidua e forte compressione. La malata tutta fredda rimase presso che priva di sensi per due giorni. Non era ancora trascorsa una settimana che rimandando la donna in perfetta quiete nel letto, per la terza volta balzò fuori il sangue copiosamente o gettò la malata nell'estremo esaurimento. Il dì 17 febbrajo la donna presso che esangue fu trasportata in questo spedale. La singolarità del caso, ma sopra tutto l'eccessiva debolezza dell'isferma, la quale sembrava vicina a morte, mi ritenne dallo spaccare il tumoretto e di andare in cerca in quel momento del vaso o vasi aperti, o giudicai opportuno di temporeggiare alquanto prima di fare ciò, finchè la malata avesse recuperato alquanto di forze mediante un conveniente nutrimento e l'applicazione di un apparato compressivo più appropriato e metodico di quello che era stato praticato sin allora. Essa mi disse che il formio del getto sanguigno era sempre stato una vera rutonea, che della base del tumoretto si parlava trasversalmente verso l'inguinale destro; la qual vena s'ingrossava oltre modo poco prima che il sangue balzasse fuori del tumoretto. Questa corrispondenza non era, per verità, manifesta, ne proporzionata all'effetto; pure, essendo questa vena oltremodo allargata, del tutto rutonea e superficiale, fu legata in due luoghi, ma inutilmente; poichè tre giorni dopo ripigliò l'emorragia, la quale, benchè fredda quasi nel momento, fu normale, stesso lo stato di debolezza in cui si trovava l'isferma. Adì allora che l'apertura di i tegumenti, dalla quale usciva il sangue, era

tanto larga da ammettere l'epica del piodio fatto, la qual cosa non appariva prima, a motivo dell'abbassamento ed innalzamento del tegumento che coprivano il tumore. Profittai di quell'apertura, e per di là ho potuto facilmente riempire il tumore di filacen hegnate nell'acqua astringente, sopra le quali ho riposto l'apparato compressivo. L'emorragia si arrestò completamente, nè ricomparve più durante il resto di vita dell'inferma. Frattanto mi sono adoperato in ogni modo possibile per ravvivarla e rinutrirla, ma indarno; poichè le forze diminuivano ogni giorno più, sopprimendo l'assorbimento al cibo, la massa ed il suo arco il vomito per intervalli. Il dì 3 di marzo fu rimpiazzato l'apparecchio, ed in luogo del tumore si è trovato un'escara gangrenosa della larghezza di mezzo scudo, nella quale per appunto ho avere riposto ogni mia fiducia pel rinascimento ed obliterazione dell'orificio del canal che avevano versato una copia sì grande di sangue. Il giorno 7 di marzo si staccò l'escara gangrenosa ed uscì dalla piaga una quantità considerabile di materie fluide gialliccie manifestamente fecali. La malata aveva sempre reso per sconsigliati escrementi e le fistule, e le rendeva intettiva malgrado l'apertura manifesta dell'intestino nel fondo del tumore. Sposate all'estremo, fu presa il dì 9 da moli convulsivi e da sopore, e nella notte seguente cessò di vivere. Lessi i comuni tegumenti del basso ventre, riconobbi che la vena cava era stata legata non aveva alcuna comunicazione col fondo della piaga situata poco sotto dell'ombelico. Al di dietro dei muscoli nati dell'addome ho seguito diligentemente il corso delle arterie e vene epigastriche e delle mammarie interne, senza trovare alcun indizio che questi vasi avessero avuto parte nel produrre la mortale emorragia. Aperto il basso ventre, fu grande la mia sorpresa in vedere le estremità che l'osso e l'intestino avevano contratto fra di loro e col sacco del peritoneo, senza che queste parti fossero in alcun modo infiammate, lo che mostrava che quelle estremità erano di vecchia data e che senza dubbio rimontavano all'epoca in cui la fanciulla aveva sofferto quegli acerbissimi dolori di ventre per più giorni, susseguiti da ascesso poco sotto dell'ombelico. Di contro la sede del tumore si vedeva una massa di intestini tenui aderentissima al

peritoneo pel tratto di mezzo pollice, a più precisamente poi dirimpetto al fondo della piaga, l'intestino ileon era aperto esternamente senza il minimo indizio di progressa infiammazione o di corruzione gangrenosa, poichè l'escara gangrenosa si era di già perfettamente staccata. Per quell'apertura dell'intestino si poteva introdurre l'apice del dito mignolo, nel quale si scorreva liberamente su e giù per la carità o tubo dell'intestino stesso, la qual cosa tendeva conto perchè l'inferma dal duodecimo anno fino al fine di sua vita aveva sempre reso gli escrementi per la via naturale. I vasi ombelicali cambiati in altrettanti ligamenti non avevano nulla di comune colla piaga. Il fegato, la milza, il pancreas erano di un volume e di una durezza assai maggiore del naturale, e propriamente ostruiti. Dopo questo esame rimanere l'utero inerte da quali vasi era uscito tanto sangue. In vicinanza dell'intestino protruso ed aderente al peritoneo, ed aperto al di fuori, presentando fra due dita il mesenterio infarcito da molta pinguedine, fu sentito profondamente in quel grasso un cilindro di considerevole grossezza, che luogo il mesenterio si dirigeva verso il fondo della piaga addominale. Spogliato il mesenterio del denso strato pinguedinoso nel quale codesto cilindro era immerso, scopersi e assai questo una grossa vena arteriale ripiena di sangue grumoso, per entro della qual vena, mediante un'incisione fatta colla lancetta, introdotti un grosso specillo, uscì questo liberamente dalla piaga dell'addome fra l'intestino ed il peritoneo per una apertura non minore di due linee di diametro, e mostrò chiaramente da dove tanto sangue era uscito. Questa vena era grossa come due volte una grossa penna da scrivere. Tutti gli altri reni della vena porta erano oltre il consueto dilatati, compresi le vene emorroidali interne, nessuna però tanto enormemente quanto quello che si era aperto nel fondo del tumore situato poco sotto dell'ombelico. Da ulteriori ricerche fatte presso i parenti ed il chirurgo di Chigüeso, patria della defunta, non rimane più alcuna dubbiezza che l'infiammazione e suppurazione addominale nella fanciulle di questa donna sieno state precedute da incipiente eresia della linea bianca, e susseguite sino d'allora da rottura dell'intestino ileon, che in appresso e dopo alcune sel-

timace si è chiusa. Durante la suppurazione e l'effusione delle materie fecali per la piaga il sacchetto del peritoneo è stato comento, ed una porzione dell'iponefrosi della *finca bionca*, infibolita e umagliata; per cui, dopo ricattizzato l'uscita, non furono per parecchi anni che i comuni legamenti i quali formano argine all'intestino che si sarebbe protruso a formare una grossa cecia della *finca bionca*, se non vi fosse stato ritenuto dalla forte aderenza che esso aveva contratta col peritoneo diconico il fondo del tumorello. Quel punto dell'achilone rimase non peccato il più debole di qualunque alito in tutto l'ambito del ventre. In progresso la grande estensione dei virei addominali ha dato occasione, come d'ordinario, che si dilatassero gradatamente le vene mesenteriche, fra le quali il ramo che si è trovato senza sostegno di contro il fondo del tumorello ricoperto dai soli legamenti, ha ceduto più che ogn'altra vena dello stesso ordine alla pressione dei muscoli addominali e del diaframma, ond'è che a poco a poco si è dilatato enormemente, ed in fine è crepato contro il tumorello a guisa dell'emorroidi. Per ultimo sotto una continuata pressione, rotti i legamenti, è balzato fuori il sangue dal tumorello a gran getto e continuo, poirchè si sa che le vene mesenteriche sono sprovviste di valvole. E giova qui osservare che l'orificio della vena mesenterica aperta fra l'intestino ed i cirruagli del collo del urro cessano e tutti l'ull'intorno così fortemente aderisce all'uno ed all'altra di queste parti, che, quand' auro alla prima comparsa dell'emorragia il tumorello fosse stato spaccato fino a vedersi distintamente il fondo, non sarebbe stato possibile nè di tracce in suoi quella vena mesenterica crepata, nè di legarla in modo alcuno, e che perciò al primo comparsa del getto di sangue sarebbe stato di tutta necessità il ricorrere alla compressione portata immediatamente sull' bocca dell'aperta vena, qual unico mezzo che rimaneva in potere del chirurgo di adoperare. Ma poirchè dalle circostanze sopra

esposte appare che per la vicinanza d' uno dei lati dell'intestino ileon a uno sotto i legamenti e nel fondo del tumorello, e per l'angustia del luogo, non si sarebbe potuto compiere con tutta precisione l'apertura della vena mesenterica senza premere a un tempo stesso sulla nodi pectate dell'intestino ileon, il riapimento e rottura di questo intestino per escara gangrenosa sarebbe stato inevitabile, ancorchè il tumorello fosse stato inciso e riempito il fondo di esso di filacer poco dopo il primo getto di sangue. Avvi però tutto a credere, che, se questo mezzo d'arrestare l'emorragia, il solo praticabile in questo caso, fosse stato impiegato prima che l'ulcerina fosse calata nell'estremo esaurimento di forza, avrebbe essa con molta probabilità conservato la vita soggiacendo ad una fistola enterocacca perpetua.

## MEMORIA VI.

### SULL'ERNIA DEL PERINEO

#### E DEL PUDENDO

Il chirurgo più dottrinato sulla struttura del corpo umano in stato sano e forse il meno pectore di qualunque altro, il quale non si profondamente versato in questa scienza, ad accreditare la possibilità che un intestino, o altra viscera dell'achilone, sotto qualunque violenza o complicazione di morbosa circolazione, possa essere spostata dalla naturale sua sede, sia a spostare fuori dal suo fondo della pelvi a formare cecia prominente nel perineo. CROAZZ, e DUBAULT (1) infatti dubitano della possibilità di questo fatto patologico, ed AVALY COZZA (2) accordò bensì che un intestino possa esser forzato a disce-

(1) *Traité des malin, Chirurg. T. II, pag. 292. On peut douter de la réalité de la hernie du perinée, quoiqu'on dir avoir vu dans le ventr d'un homme mort a l'âge de 45 ans une portion de l'ileon enfouée entre le Rectum, et la Fessie jusqu'au perinée, dont l'entrée, étoit étroite, et le fond large, et adhérent a la peau.*

(2) *The Anatomy and Surgical treatment of hernia. P. II, pag. 67. It protrudes as far as the skin in the perineum; but does not project so as to form an external tumour.*

dere sin nel basso fondo della pelvi, ma non mai tant'oltre da formare tumore prominente nel perineo. Hais (1) fu, presso poco, dello stesso parere per riguardo alla formazione di questa malattia nel sesso femminile, e dichiarò apertamente non potersi formar ernia nel perineo della donna, che riguarda sì possa come malattia distinta dall'ernia vaginale.

E per verità, se si considera, che il peritoneo, ove si ripiega dal basso in alto fra il retto intestino e la sieria posteriore della vescica, due dita trasverso sopra dell'inserzione degli ureteri, forma un riparo che divide il fondo della pelvi dalla superiore sua ripartita, il quale riparo, ancorchè membranoso, e forte però ed elastico, è capace di resistere validamente alle impulsioni combinate, e risultante dei muscoli ischiomurli e del diaframma; e se si fa attenzione che, sotto di questo trasparente membranoso, tutta l'intera superficie della pelvi è vestita d'una tela aponevrotica fitta e tenace, produzione dell'effluvia aponevrosi; che i lati di questa stessa cavità sono muniti dai legamenti sacro-ischiadici; ed infine, che la cavità medesima è chiusa nel suo più basso fondo dai muscoli ischio-coccigici, e dagli elevatori dell'ano, i quali muscoli coi loro lisci fibrosi non solamente otturano quest'apertura inferiormente, ma altresì colle contrazioni loro bilanciano la spinta che le viscere addominali ricevono dall'azione combinata del diaframma e dei muscoli dell'addome, non sembra verisimile che alcuna viscera del basso ventre possa giammai dallo forze anzidette, o per qualunque causa esterna preterita sul ventre esser cacciata fuori del fondo della pelvi a formare ernia prominente nel perineo. A tutto ciò si aggiunge, che la forza riunita del diaframma e dei muscoli addominali di rado agisce nella direzione dell'asse verticiale della pelvi, o sia a tronco piegato all'innanzi; ed inoltre che non esiste nel basso fondo di questa cavità il tramita dei veri rangui di considerevole grossezza, lungo i quali sogliono le ernie formar-

si, siccome avviene all'uscita dei vasi ombelicali, di quelli del cordone spermatico, dell'arteria femorale nella piegatura della coscia, della arteria ischiadica, o della oscuratoria arteria nel cavo della pelvi.

Malgrado queste riflessioni, che all'accurato Anatomico vengono suggerite dalla naturale struttura, e reciprocità di azione delle parti contigue, e confluenti dell'addome, e della pelvi, la formazione dell'ernia intestinale prominente nel perineo è un fatto, cui, per ritratto che possa sembrare ai coltivatori della anatomia umana, non lice più nella pratica chirurgica di rinvocare in dubbio. La storia di questa malattia che sono per esporre metterà nelle più chiare luce questo controverso articolo di patologia chirurgica, ed a un tempo stesso confermerà nel modo il più chiaro, e soddisfacente la verità e l'importanza della Osservazione di CASSANOVA su questo argomento, alla quale Osservazione generalmente dagli scrittori più celebri di chirurgia non è peranco stato accordato il giusto suo valore.

Carlo Capella fabbro-ferrajo di mestiere, dimorante in Virvate, Villaggio distante sette miglia da Prato, d'anni 59, d'abito di corpo gracile, e mal conformato di petto, soggiacque sin dalla gioinezza a difficoltà di respiro, ad insulti asmatici, a catarrhi frequenti, accompagnati talvolta da spato di sangue. Mai però egli ebbe a querelarsi di rilevanti incomodi di basso ventre, ad eccezione di ritichezza, e, per intervalli, d'ottuso senso di ritardamento ai lombi, le quali molestie egli attribuiva principalmente al faticoso esercizio del suo mestiere.

Pochi anni prima che egli mi consultasse, essendosi posto colle gambe distaccate sopra l'una, e l'altra sponda d'un fofo, col tronco inclinato all'aranti onde rgeroform il passaggio ad un fanciullo, sotto quello sforzo provò un dolore vivissimo nel basso della natica destra, come di fibra, o condoncino che gli si fosse lacerato profondamente. Ripresa l'eretta posizione, portò la mano sul luogo

*mour; its existence in the male can be only ascertained during life by an examination by the Rectum.*

(1) Fed. LE BLANC Précis des Opérat. de chirurg. T. II. pag. 354. *L'Entérocele périanale des femmes ne peut guère paraître que à la suite d'une Entérocele vaginale; car il seroit difficile de concevoir qu'un intestin pût faire tumeur au période d'une femme sans avoir auparavant fait saillie dans son vagin.*

dolente in vicinanza dell'orificio dell'ano, e ci trovò nel lato destro un tumoretto della grossezza d'una piccola noce, che compresso dolcemente cedeva alla pressione, e premuto più validamente ricostava nella pelvi, ora fu ritenuto dall'infermo mediante una compressa ed una fascia.

Di là a non molto fu assalito da tosse gagliarda, che lo afflisse per quattro mesi senza interruzione, nel corso dei quali il tumoretto si accrebbe al volume di un uovo di gallina.

Nell'anno consecutivo a quest'epoca, egli si pose di nuovo colle gambe disaricate sopra d'un carro di fieno, ed in questa posizione si attardò di sollevarsi delle grosse masse per riporre sotto di un letto; locchè facendo gli si rinnovò il dolore nella natica destra, e nel perineo più forte di prima, accompagnato da insolito torpore in tutta la coscia, e gamba destra.

Non fu che il dì 28 Marzo dell'anno 1810 in presenza della scolaresca, che questo infermo si presentò in codesto clinico Istituto per chiedere l'applicazione di qualche fasciatura o brachiere capace di mantenergli riposato il tumore, o almeno di impedirne l'incremento.

Stando il malato nella pressochè eretta posizione colle gambe disaricate, il tronco inclinato, ed il piede destro appoggiato sopra una seggiola, il tumore, guardato dal di dentro, si presentava in tutta la sua estensione (1). Vedevansi uscire nel perineo, in vicinanza del margine destro dall'orificio dell'ano, un corpo piriforme, che colle sua base si appoggiava sull'inferior lembo del muscolo *Gluteo grande*. Aveva codesto tumore la grossezza d'un uovo di gallina, largo nel basso, gracile nella sommità contigua al margine destro dell'orificio dell'ano. Quando il malato tossiva manifesto era l'urto della viscere contro la mano di chi premeva l'ammalato tumore. Le parti fuori uscite furono sull'istante ripiote nella pelvi con facilità, nel fare la qual cosa si udì un suono oscuro di gorgoglio, indicazio-

ne della presenza dell'ernia intestinale del perineo.

Per mantenere disposta quest'ernia, opioai non fosse per essere bastante la semplice pallottola coclea sostenuta dalla fascia T. E la stessa macchinetta di Ponsard (2), ancorchè inventata espressamente per simile infermità, non mi sembrò essa pur bastante all'uopo; sì perchè il tumore era già d'un volume assai considerevole, come perchè gagliardo era l'urto che esercitavano le viscere apiote all'infuori tossendo il malato; ed inoltre perchè io non ignorava che la macchia di Ponsard non sodeva esente da alcuni difetti comuni alla fascia T., dalla quale, propriamente parlando, non differisce che per avere il lembo *discendente*, o *sottocoscia* fatto di pelle invece di tela, ed unito anteriormente e posteriormente non ad una cintura di tela, ma ad una *molla d'acciajo circolare* simile a quella del brachiere comune. L'autore stesso, parlando di questo suo blemaglio, non ha dimenticato, che il compressore sostenuto dal lembo di pelle *discendente*, o *sottocoscia* andava sottoposto a cambiare spesso di posizione nel perineo, nei diversi movimenti di tutto il corpo. Per superare queste difficoltà ho giudicato miglior di visamento quello di impiegarvi un cioto contenito nei principj di quello che si adopra per prevenire o impedire la *procidenza* del retto intestino.

Una *molla circolare* (3) che abbraccia la circonferenza del bacino, è fissata sul pube mediante una correggia. 4) Un'altra *molla* a guisa di segmento di cerchio (5) unita posteriormente alla *molla circolare* discende lungo l'osso sacro, e torcendosi dolcemente in se stessa, finisce col posarsi nel fondo dell'arnia che premo dal basso in alto di contro l'orificio per cui le viscere trovano l'uscita dalla pelvi nel perineo; al qual fine l'apice della detta molla a segmento di cerchio è munito d'una pallottola, o compressore di forma ovale (6). Qualunque volta la forza di questa *molla semicircolare* è proporzionale all'urto

(1) *Tab. XII. fig. 1. a. b.*

(2) *Mémoires de l'Académie. R. de Chirurgie, T. IV.*

(3) *Tab. XII. f. 2. a. a.*

(4) *Idem. b. b.*

(5) *Idem. c. c. d.*

(6) *Idem. a.*

delle viscere addominali, l'ernia si rimane costantemente riposta (1). Tutta la macchinetta poi è coperta di soffire pelle, cui, occorrendo, si aggiunge il *sottocorreo elastico* (\*) per maggiore stabilità del punto di pressione della pallottola sul perineo.

Alcuni giorni dopo l'applicazione di questo bendaggio il malato si querelò, che stando a sedere, l'apice della *molla semicircolare* lo incomodava assai. Fu posto riparo a questo inconveniente includendo nella pallottola o compressore una *spirale metallica*, come si pratica pel compressore destinato a contenere l'ernia ombelicale.

Ricorda acriase (2), che in questa maniera d'ernia della quale ammetta la possibilità, ancorchè non dica d'averla una sola volta veduta, la pressione sul perineo non farebbe disse egli scomparire l'ernia compiutamente, ma quella porzione soltanto di essa che protuberava al di fuori del perineo; perchè soggiunge, in questa infermità le viscere respinte non rientrerebbero nel ventre, ma si rarrangierebbero nell'intervallo fra il retto intestino e la rescia. Dalle quali cose parmi di poter inferire, che questo celebre chirurgo opinasse esservi fra l'orificio che dà esito alle viscere entro l'ernia di cui si parla ed il cavo del ventre, un canale intermedio nel quale si soffermerebbero le viscere che si volessero riporre; su di che, trattandosi d'ernia prominente nel perineo, e come si suol dire completa (che pare egli non ha mai veduta), si è ingannato grandemente; poichè l'orificio del cavo di quest'ernia risiede non nella pelvi, come questo scrittore opinava, ma propriamente nel perineo, oltre il quale orificio le viscere scivolano immediatamente nel cavo del ventre a rigor di socalolo, senza alcun intervallo, o canale intermedio fra il perineo e la caparità della pelvi.

Il Caprilli dall'anno 1810 sino al 1819 non si lamentò più di l'ernia che portava nel perineo; divenne anzi ogni giorno più negligente di sua salute in generale, e nell'ultimo

periodo di sua vita non si curò neppure di far rinnovare la *molla a segmento di cerchio*, ancorchè sfiancata, benchè non aveva ommesso di fare diligentemente negli anni precedenti. Sul principio di Giugno del 1819 fu sorpreso da vivi dolori di ventre, i quali dal fondo della pelvi gli si propagavano d'intorno la regione ombelicale con stiramenti di stomaco, eonati di vomito, e premii inutili d'orinare. Non andò guari che tutto il ventre gli si gonfiò grandemente indi si accrebbe in esso la nausea, poscia il vomito per intervalli, ed in questo miserando stato fu trasportato nello Spedale. Non mancava in esso elemento di que' fenomeni che caratterizzano l'imprudente corso delle materie alimentari per strarimento del canale intestinale. L'ernia era di molto ingrossata, tesa inoltre e resistente alla pressione, e dolente al tatto. E per motivo dello straordinario accresciuto volume della medesima vedevasi l'orificio dell'ano spinto più che prima verso la natia sinistra.

Ordinai che il tumore fosse fomentato, e che, di due in due ore, fosse dato un clistere emolliente, oleoso (\*). Nella notte successiva il malato ebbe una scarica copiosa di duro fecce; dopo di che cessò la nausea ed il vomito, e si rilasciò il tumore nel perineo. Nella mattina appresso l'ernia fu riposta assai facilmente. Sul deditare dello stesso giorno, quando tutte le circostanze promettevano una calma generale, sopravvenne diarrea sì copiosa che poco mancò non esaurisse le forze del malato. Posero remora a questo pericoloso accidente l'oppio, i cordiali, il vitto tenue succoso. Fu lunga la convalescenza, e nel totale imperfetta.

Sulla fine dello stesso anno 1819, l'antica affezione polmonare si esacerbò con tosse quasi incessante, dolore profondo nel torace, sputi marcosi, febbre vespertina, e sudori notturni, sotto la gravità dei quali morì il soggetto del quale si parla cessò di vivere sul finire di Novembre dello stesso anno.

(1) *Trat. XII. fig. 3.*

(2) *Trat. XII. fig. 3. g. f.*

(3) *Traité des hernies pag. 282.*

(\*) *Sulla indifferenza e nocimento dei medicamenti purganti nell'ernia strozzata in generale, e nell'inguinale in particolare. Caso con si esprime = quidam etiam struma dicunt. Id ducere aliquid in seculum potest, educere ex eo non potest. Lib. F. Cap. XX.*



La sezione del di lui cadavere fu eseguita colla maggiore possibile diligenza. Aperto il basso ventre non apparve, nelle prime, alcun insolito spostamento nè dell'omento, nè del canale intrastinale; ma, sollevate le inferiori volute dell'ileon intestino, videri tosto che questo intestino discendeva più profondamente che di consueto nel fondo della pelvi dal lato destro di questa cavità, tracciato seco quella porzione di mesenterio cui era annesso. La somma di queste volute di intestino ileon rituale nel fondo della pelvi insieme glomerate nel lato destro dell'anzidetta cavità, aveva l'aspetto di una piccola massa di intrastini tenuti aggruppate alla grande massa dei mesenterii rituale superiormente nella regione flanca destra ed inguinale. Alzando rapidamente l'ansa d'intrastino ileon la più profondamente discesa nel cavo destro della pelvi, comparve la porzione di questo intestino, la quale propriamente arriva dal fondo del bacino (1) a formare ernia prominente nel perineo. Delle due cavità della pelvi, distinte fra di loro per l'interposizione del retto intestino e della vescica urinaria, la destra era di gran lunga più ampia della sinistra. Nel basso della destra cavità della pelvi manifesto era l'orifizio circolare (2) per cui il sipario membranoso fatto dal peritoneo, flesso e sfiancato, discendeva e si prolungava fuori del basso fondo della pelvi a formare nel perineo il sacco urinario propriamente detto. L'apertura circolare tratte ommossa, o sia l'orifizio del sacco urinario, aveva poco meno d'un pollice di diametro. L'intestino retto appoggiato sulla sommità del sacco offriva alcuni insoliti piegature; oltre di ciò era ritratto codesto intestino più del consueto, e riportato in modo non solito verso il lato sinistro della pelvi (3). La vescica urinaria essa pure appariva più ristretta che d'ordinario (4), e del pari che il retto intrastino vedersi inclinata verso il lato sinistro del bacino. Si conoscea però, che, qualora la vescica medesima fosse stata distesa da urina, il fondo di

essa avrebbe coperto la metà almeno di tutto l'ambito dell'orifizio per cui usciva dalla pelvi il sacco urinario. L'ansa di intestino ileon che discendeva a formare ernia nel perineo nelle prime sembrava diretta ad introdarsi fra il retto intestino, e la vescica urinaria; ma si vide poi che, penetrata l'ansa intestinale in ricinanza della cervice della vescica urinaria, si ripiegava da sinistra a destra per di sotto della verrichetta seminale dello stesso lato, ed insieme della prostata, e si portava ad occupare l'intervallo che esisteva fra il margine laterale dell'orifizio dell'ano, la tabacchiera dell'urethra destra, e la punta del coecigo.

Dalla considerazione anatomico-patologica delle parti interne si passò alla disamina delle esterne (5). L'ernia prominente nel perineo appariva dallo stesso volume come allora quando la esaminai la prima volta, iadutto certo, che il compressore elastico l'aveva contenuta, o, per lo meno, si era opposto all'incremento della medesima nel lungo corso di 9 anni dalla sua comparsa.

Spolpata l'eroia della cute, non si trovò che il fondo di essa avesse contratto aderenza di sorte alcuna coi tegumenti romani. Subito dopo il recitare tenuto comparve lo strato di fibre carnee del muscolo Elevatore dell'ano, delle quali carnee fibre, diramate quelle che erano le più sottili, occupavano il mezzo del tumore; le altre, a modo di fasci, si radunavano in parte nel collo, in parte nel fondo dell'ernia (6). Il fondo poi del tumore si appoggiava, come si è detto, sull'origine la più inferiore del muscolo Glazio grande (7). Vedesi che l'eroia aveva fatto la prima sua comparsa nel perineo immediatamente sotto il muscolo trasverso di questa regione (8), che è quanto dire nello spazio medio fra il margine destro dell'orifizio dell'ano, il legamento sacro-ischiadico maggiore destro (9), e la punta del coecigo (10). Ma poiché rrescendo il tumore di volume, aveva trovato meno di resistenza dal lato dello sfintere dell'ano che

(1) Tav. XIII. fig. 1. e. c.

(2) Tav. XIII. fig. 2. a.

(3) Tav. XIII. fig. 1. d.

(4) *Idem* fig. 1. l.

(5) Tav. XII.

(6) Tav. XII. fig. 4. a. a. b. b.

(7) *Idem*. p.

(8) *Idem*. i. i.

(9) *Idem*. h. cu.

(10) *Idem*. m.

verso la tuberosità dell'ischio destro, rotà di necessità l'esternità del retto intestino in spinta verso il lato sinistro della pelvi (1).

Sotto lo strato fibroso del muscolo Elevatore dell'ano, si offese il sacco erniario (2) fatto dal peritoneo, la di cui apertezza non eccedeva punto quella che ha naturalmente il peritoneo nel cavo del ventre. Aperto questo sacco erniario per tutta la sua lunghezza, si mostrò a nudo l'ansa di intestino ileon (3) fuori uscita dal fondo della pelvi a formare ernia nel perineo. Essa era ripiegata in se stessa, e come aggomitolata in una piccola massa. Portando l'apice del dito lungo di quest'ansa sin entro la capacità della pelvi conobbi che l'orifizio del sacco erniario non era situato propriamente nella vacuità della pelvi ossea, ma all'uscita del fondo di questa cavità, e precisamente nel perineo, per cui il dito, oltrepassato appena l'orifizio del sacco erniario, si muoveva liberamente in tutti i sensi nel cavo destro del bacino. Si mostrò allora più manifesta la differenza che passa fra la posizione dell'intestino nei primordj di questa malattia, ed allorchando essa ha fatto la sua comparsa nel perineo. Imperciocchè nel principio di questa infermità (4) l'orifizio del sacco erniario trovai situato presso poco tanto in alto nel cavo della pelvi quanto è la piegatura del peritoneo che dalla faccia anteriore del retto intestino scende sulla faccia posteriore della vescica; ma, a misura che l'ernia cresce, e si abbassa, e che il sacco erniario è spinto in basso della pelvi, d'ogni lato l'orifizio del sacco medesimo discende, ed infine, tosto che l'ernia penetra nel perineo, l'orifizio del sacco erniario si trova presso che fuori del fondo della pelvi. Rappresento, come ho accennato superiormente, pare che abbia preso in considerazione soltanto quale verisimilmente poteva essere la forma di questa malattia ne' suoi principj, quindi la di lei descrizione sull'esistenza di questa malattia non è applicabile all'ernia prominente nel perineo, della quale qui si parla.

Nel fare queste ricerche mi si presentò in vicinanza del lato destro dello sfintere dell'ano una vescichetta, la quale, ancorchè fosse

strettamente aderente al sacco erniario pure, non aveva colla cavità di esso sacco alcuna comunicazione (5). Aperta che fu questa vescichetta, conobbi che essa non era che uno sfianciamento, a modo di cassula, delle tonache dell'estremo retto intestino. Per ultimo non ommisi di esaminare in questo soggetto le dimensioni della pelvi ossea. Per la qual cosa, presa la distanza dall'una all'altra delle tuberosità dell'ischio, trovai che essa di 4 pollici, come nella pelvi femminile ben conformata, mentre nel maschio non è che di tre pollici e due linee. Similmente la distanza della punta del cocige all'arcata del pube nel soggetto di cui si parla era di 4 pollici e sei linee, come appunto nella pelvi femminile ben costituita, quando nel maschio non è che di tre pollici.

Tale era lo stato patologico della parte interna ed esterna costituenti l'ernia intestinale completa del perineo nel soggetto di cui ho esposto le storie. Intorno ai fenomeni della quale io opino, che il presueto non incomodo che quest'uomo ha provato prima della comparsa dell'emisio tumore nel perineo, attesti che il rilassamento del tessuto fatto dal peritoneo nel basso della pelvi, e l'allungamento di quella porzione di mesenterio cui era annessa l'ansa di intestino protruso nel perineo, si operarono per gradi pressochè insensibili. Il vivo dolore poi, da cui l'infermo fu preso nell'atto che per la prima volta spuntò l'ernia nel perineo, sembra riferibile piuttosto alla violenta subitanea distensione, e a divaricazione delle fibre carnee del muscolo Elevatore dell'ano, che ad un modo qualunque di strombamento dell'ansa intestinale fuori uscita, atteso che tosto ne risultò facile la riposizione mediante una leggiera pressione. La ragione de' sintomi o questo molesto processo pare dabbasi ascrivere da uno stato primitivo di non naturale fiacchezza del peritoneo, dei muscoli Ischio-cocigeo, e più ancora del muscolo Elevatore dell'ano del lato destro della pelvi, per cui, poco a poco, venne tolto il giusto equilibrio fra la resistenza di questi muscoli, e le forze insieme combinate del diaframma, e dei muscoli

(1) *Tav. XII. fig. IV. b.*

(2) *Idem. d.*

(3) *Idem. e.*

(4) *Cooper Op. cit. P. II Tav. XI fig. 3.*

(5) *Tav. XII. fig. IV. f.*

addominali. A codesta predisposizione si aggiunge nel soggetto di questa Osservazione l'altra non menovilevante cagione della insolita ampiezza cioè della pelvi ossea, segnatamente nel fondo della medesima. Ed è forse questa una fra le principali ragioni per cui, come si dimostrerà in seguito, codesta infermità si è riscontrata sin'ora più volte nella femmina che nel maschio (\*). Come cause cooperatori poi alla formazione di questo ernioso tumore concorsero, senza dubbio, la tosse pressoché continua, ed il laborioso mestiere (1) di fabbro-ferrojo.

Questa Osservazione coincide perfettamente con quella che da CHARDENON (2) fu istituita l'anno 1740, e che è del seguente tenore.

« Aprencia, scrijva egli, il cadavere d'un uomo di 45 anni, morto, a ciò che parve, di una malattia acuta, ho trovato in esso un'ernia singolare, della quale non s'è alcun ne abbia fatto menzione. Aperto l'addome, mi sono posto a svolgere il canale intestinale, e che mi sembrava spostato, e disceso nella pelvi più del consueto. Quando pervenni a quella porzione d'intestino ileon che discende profondamente nel bacino, tirandolo io su, provai una tale resistenza, che mi fece sospettare di aderenza fra questo intestino, e le parti ad esso adjacenti; ovvero che l'intestino medesimo si fosse ingrossato nel forame ovale della pelvi; ma esaminando le cose più da vicino, conobbi che l'ileon intestino nel centro della pelvi si era inalzato fra la vesica oritaria e l'ano. Continuando le mie ricerche, ora sollevan-

do, ora tirando in su questa porzione di intestino ileon, tutt'uo tratto, essa celestale, e rimasi meravigliato in vedere che ove io supposeva esservi aderenza, erasi al contrario un sacco capace di contenere un uovo di Colombo. L'orificio di questo sacco era circondato da un margine duro e colloso, ed aveva un terzo meco di ampiezza che il fondo del sacco stesso. Portai il mio dito già per quell'orificio sin nel fondo del sacco, e coll'applicazione dell'altra mano sul perineo, mi sono assicurato, che fra il dito d'una mano e l'altra mano non erasi che la spessezza dei comuni tegumenti. Riempii quel sacco di filacee, e con ciò mi conformai pienamente, che quel tumore spuntava fuori del perineo. Separata la pelle, potei a stento dividerla dal sacco ernioso. Non trovai alcuna traccia di quell'anello i quali naturalmente occupano il perineo, ad eccezione del trasverso muscolo, il quale vedevasi il suo collo due fibre sulla sommità del tumore. Quale circostanza, unitamente a quelle, che l'intestino ileon, nel punto io cui era stato circondato dall'orificio del sacco, appariva rialzato, mi indussero a credere che quell'ernia non era di recente data. Non potei però sapere di qual male quel'omo fosse morto. E, quando dunque nel cadavere di esso il canale intestinale non era esente da qualche labe, pare non si sarebbe potuto affermare, che la di lui morte era decisa da sì fatta cagione ».

Da questa esposizione di fatto risulta, che nel soggetto esaminato da CHARDENON l'ernia

(\*) Che l'intervallo fra la tuberosità dell'ischio e l'orificio dell'ano della donna sia maggiore che nel maschio, rendesi ciò manifesto non dall'osservare, che nella donna i tegumenti stessi su questo intervallo, non che l'orificio dell'ano porgono all'infuori mentre nel maschio lo stesso tratto di tegumenti coll'orificio dell'ano formano un'infossamento verso il fondo della pelvi, per cui l'operazione della fistola dell'ano è di più facile esecuzione nella femmina che nel maschio.

(1) A codesta congenita storcia del traverso del peritoneo, ed insieme del mesocolo Elevatore dell'ano fu attribuito il caso accaduto a БРОННЕТ, nell'atto di cingere la litotomia sopra d'un fanciullo, nel quale una porzione d'intestino tenue si presentò nella ferita del peritoneo. ОЛЛРИКХ pensa che si debba riportare alla medesima causa l'ernia del perineo osservata da САНДЕН in un bambino neonato: il tumore era piriforme, molle, ed aveva sei pollici di diametro. Quando era compresso non vi era evacuazione di materie fecali. La salute del piccolo malato non era in alcuna modo alterata. (Chirurg. GEORGEURTS MIT AUSENAHME 7. th. 1775.)

(2) Vedi LE BLANC. Précis d'Oper. de chirurg. T. II. pag. 244.

si era aperta la via dal fondo della pelvi nel perineo appena poco sopra del muscolo *transverso* di questa regione, o sia qualche linea più o alto che nell'infermo da me esaminato; inoltre, che l'ernia aveva scomodate le fibre dall'Elevatore dell'ano, mentre nel soggetto da me osservato alcuni fasci carnosì di questo muscolo si vedevano ancora stesi sulla sommità, e sul fondo dell'ernioso tumore, che, per ultimo, il fondo dell'ernia era aderente ai comuni tegumenti, mentre nel caso da me riferito era esente per tutta la sua estensione da ogni straordinaria aderenza colla cute.

Queste differenze però, ben considerate, sono di sì piccolo momento, che si può dire, senza tema di errare, che nell'uno e nell'altro di questi casi l'ernia era completa, e prominentemente nel perineo nell'intervallo fra il margine dell'ano, la tuberosità dell'ischio, e la punta del coccige. Guadagnar sarebbe meritato un miglioramento dell'incremento della scienza chirurgica, se non avesse avesso di paragonar i diametri del bacino osseo del suo ammalato con quelli della pelvi femminea ben conformata.

Porto opinione, essere assai rara la presenza dell'omito nell'ernia completa del perineo. Poiché di rado assai questo viscere discende tanto in basso della pelvi per accompagnare un sì una anza di intestino; in secondo luogo perchè, sotto gagliardi sforzi, compreso che sia solidamente l'omito fra la massa degli intestini e la parete dell'addome, egli è più facile che l'omito si ritragga fisso al suo posto di quel che discenda in basso della pelvi.

Non si può dire lo stesso per riguardo alla vescica orinaria, la quale, dove l'intestino tenace, è senza dubbio la più propizia a formare ernia del perineo di qualunque altro viscere dell'addome, a motivo della sua situazione nel fondo della pelvi, e della distensibilità delle tonache delle quali è formata. La esperienza infatti conferma questa verità di patologia chirurgica.

Nel 1760 fui consultato, scrisse PIRAZZ(1), da un uomo di 60 anni, cui di recente era comparsa un'ernia inguinale, la quale però si prestava con facilità alla riposizione, ed richiedeva altro sussidio dell'arte che l'app-

licazione d'un ordinario braghiera. Lo scopo propriamente delle di lei sollecitudini non era questo, ma una sùlita sua infermità. Sette anni, raccontò egli, eran trascorsi dacchè, idrocelandosi d'un piede, era stato obbligato a divaricare fortemente le gambe; sotto il quale sforzo aveva provato un orribolo dolore nel perineo, che lo afflisse per parecchi giorni. Alun tempo dopo questo arduo, passeggiando io compago, disse, che con saltare un fosso, nella quale circostanza si risvegliò il dolore nel perineo più forte di quello che aveva provato prima, e per cui dubitò, se avrebbe potuto ricoverarsi a casa, ancorchè di là non molto distante. Il dolore nel perineo persistette languamente, e da quest'epoca io assai fu molestato incessantemente da un senso di peso, e di irritazione nella regione del perineo, e della vescica. E ciò che più di tutto lo incomodava (soggiunse egli), si era di non potere orinare che poco a poco, e di essere tenuto a portare la mano sul perineo, a farsi delle fregagioni, e delle pressioni, tenendo il tronco inclinato all'innanzi per potere orinare compiutamente. Feci coricare il malato, scrisse PIRAZZ, ed, esplorato il perineo, si trovò un tumore della grossezza d'un uovo, molle, bislungo, che sotto la pressione si ritirava entro la pelvi lungo il filo destro dell'uretra. Riposato che ebbe il tumore, (continua l'A.) spinai l'apice del mio dito a canto della sutura del perineo, e con esso penetrai attraverso un'apertura circolare capace di lasciar passare una picciola oca.

Le circostanze che precedettero questo caso, a quelle che lo accompagnarono, segnatamente la facile uscita delle urine sotto la pressione sul perineo, mostrano all'evidenza, che il tumore sopra descritto era un'ernia del perineo fatta dalla vescica orinaria. Ad oggetto di mantenere riposta quest'ernia PIRAZZ applicò la sua macchina, della quale si è fatta menzione superiormente. Intorno alla quale l'A. ci ha ingenuamente resi assertiti, che codesto modo di braghiera nei primi cinque mesi si era spostato frequentemente; ma che io appresso, avendo egli sostituito alla pallottola d'avorio un cuscinetto imbottito di

(1) Acad. R. de chirurgie T. IV. in ottavo.

laur, e soltanto nel mezzo per ricevervi l'orotro, il bendaggio corrispose all'intento.

Gli anelli di chirurgia ci offrono alcune tre casi ben provati e certi d'ernia completa del perineo nel maschio, due dei quali cioè fatti di protrusione di intestino ileo, ed il terzo da prolapsi di vena ovarica.

Gli scrittori di chirurgia, pressoché tutti fanno menzione d'ernia del perineo raso nella donna. Ma, a dir vero, se si riflette sulla differenza di conformazione che passa fra le parti genitali esterne della donna, e quelle del maschio, si prova non poca difficoltà a sopprimere con essi intenzione per ernia del perineo nella femmina. Imperciocché quel tratto che dicesi perineo nel maschio è occupato nella donna dalle grandi labbra della vulva dall'orificio della vagina e da quello dell'uretra. E se voglia chiamare perineo nella donna quel breve tratto che vi è fra la *forchetta navicolare*, e l'orificio dell'ano, si indica una parte del pudendo muliebre in cui non è stata finora osservata ernia di sorta alcuna.

A mi sembra che Astruc Coover (1) mirando a tutt'altro scopo abbia corretto questa inesattezza di nomenclatura, dandoci ragguglio di un nuovo maniera, a ciò che egli dice, d'ernia nella donna sotto il vocabolo di *ernia del pudendo*. Questa malattia, descritta da Coover, in senso mio, non è che l'ernia nella donna altre volte detta impropriaente del perineo. Imperciocché tanto quante che quella così detta da Coover del pudendo fanno la loro comparsa sulla orla inferiore del grande labbro del pudendo, ed ambidue crescendo di volume, si estendono del pari fra l'orificio dell'ano, le labbra del maschio, o l'epire del coecce. Tanto l'una che l'altra traggono origine da protrusione nel pudendo dell'intestino, o della vena ovarica. L'una e l'altra poi si distinguono facilmente dall'ernia inguinale nel sesso femminile, e dalla vaginale propriamente, in quanto che l'una e l'altra occupano, come si è detto, il labbro delle vulva della metà in basso, mentre l'inguinale si estende dalla metà del labbro del pudendo all'insù verso l'anello inguinale. L'ernia vaginale poi forma tumori prominenti nel covo della vagine, ora subito sotto il nudo ovarico

vio, ora in uno dei lati di questo ernia; locchè fa conoscere che essa differisca grandemente dalle precedenti.

Due soli furono gli esempi d'ernia del pudendo (altre volte detta del perineo) i quali mi si presentarono nella mia pratica. Il primo si fu in una contadina di 40 anni, la quale non aveva mai figliato; l'altro in una giovane Signora la quale aveva partorito una sola volta. Nel primo caso, strada la donna in piedi, il tumore era le grossezza d'un uovo. Coricata che essa era, l'ernia, compressa leggevolmente, rientrava così facilmente, e senza che fosse necessario di introdurre il dito in vagina per aggrolarne il regresso. Ripose l'ernia, l'apice del dito inforsato nei flussi inguinali del pudendo entrava profondamente nell'apertura circolare per cui l'intestino era disceso. Questa donna mantenne posate queste piccole ernie mediante un emiciclo ricompinto di lena, e sostenuto dalla fascia T. Il secondo esempio si fu in una Signora, la quale mi rammentò unitamente al Sig. Calzola, sotto ed aspetto Prof. di Istruzione Chirurgica in questa Università. Questa Signora in età d'anni 22 aveva sofferto durante la prima gravidanza, difficoltà d'orinare. Verso il nono mese soltanto s'accorse d'aver un tumore, che dalle parti inferiori del labbro destro della vulva si estendeva al lato destro dell'orificio dell'ano. Primamente ebbe a sostenere un parto laborioso, e più ripreso ancora e motivo delle imperie della Levatrice. Nel puerperio sostennero in essa le stesse difficoltà d'orinare, elevarsi di parto, rimobilità che il tumore le si era accresciuto alle grossezza d'un uovo.

Dall'ernia che io ne feci, unitamente al sopra lodato Prof., riferirò, che quando la Signora in piedi, il tumore si rendeva più alto e prominente sull'inferiore della del labbro del pudendo di quando era eretta coricata. Nella massima tensione del tumore, essa provava un bisogno pressante d'orinare, ed a soddisfare tratto più presto e più completamente, quanto più comprimeva colla sua mano il tumore. Vaghe le urine, il tumore ricomprieva quasi del tutto il quale fenomeno fu poi verificato in aiuto di non trovare dabbiezza ad una mediante il trattamento del-

(1) Oper. cit. P. II pag. 63.  
SCARF Vol. II.

le urine per mezzo del catetere. In questo mentre approfondato l'apice del dito nell'incisura legumeti del labbro della vulva che copriano il tumore, riconobbi manifestamente lo spiraglio, per cui una porzione di vescica era uscita dal fondo della pelvi.

La malattia non tollerava che una moderata pressione sul tumore; quindi per mantenere riposta quell'ernia fu data la preferenza ad un bendaggio a modo di lettera T composto d'una larga e forte ventriera di tela a più doppi con un sottocorria fatto di due forti bende intorchiata in guisa di lettera X, le quali bende per mezzo di bottorini si attaccavano anteriormente e posteriormente alla ventriera, e servivano a premere, più o meno a seconda il bisogno, una pallottola imbevibile di cotone applicata sullo spiraglio per cui la vescica rendevasi prominente all'esterno della pelvi. Questo bendaggio produsse il desiderato effetto: perchè dopo l'applicazione del medicamento, diminuirono di gran lunga le difficoltà d'urinare.

In questo mezzo la Signora divenne gravida per la seconda volta. Durante il primo, e l'ultimo mese della gestazione ricomparvero, malgrado il bendaggio, le primiere difficoltà d'urinare; non così però nei mesi intermedi. Nell'atto del parto l'esperto ostetrica richiama ebbe la previdenza di mantenere esattamente riposta l'ernia del *pudendo* finchè il capo del feto si presentò all'orita. Compiuto il puerperio, la detta Signora si trovò gradatamente sorpresa nel trovare, che, ancor stando in piedi, il tumore lungi dall'esserli arretriciuto di volume, era anzi diminuito di molto in confronto di quanto era stato durante la gravidanza. Non aiumo di dare la spiegazione di questo fenomeno; ma egli è certo, che in questo caso, se non in tutto almeno in parte, si è verificato quanto in proposito ne scrisse Vassina (1). *La hernie de la vessie*, osservò egli, *qui arrive quelquefois aux femmes enceintes entre la vulve et l'anus n'est pas absolument dangereuse, pourqu'elle disparoit pour l'ordinaire det que la femme est accouchée*. Non pertanto la Signora con-

tinuò prudentemente nell'uso del bendaggio compressore sopra indicato a titolo di preservativo. Sono ora passati dodici anni dal secondo parto, nè essa si querela più di difficoltà d'urinare.

Questo fatto richiama alla memoria degli eruditi chirurghi le Osservazioni, protoche simili, riportate da Maay (2), e da Guata (3). La prima di queste Osservazioni fu istituita sopra una gravida fra il quinto e sesto mese; e la seconda precisamente nel settimo mese di gravidanza. Nell'uno e nell'altro di questi casi, premendo l'ernia del *pudendo* l'orina gocciolava dall'oritra, e, voluta completamente la vescica, l'ernia scomparsa. Ne avvi luogo a sospettare, che il tumore forse piuttosto un'ernia vaginale che del *pudendo*, poichè Maay, segnatamente, si esprime su di ciò in termini chiari, dicendo: *cette tumeur étoit située entre l'anus et la partie inferieure de l'orifice externe de la matrice*; e quantodivè nella porzione inferiore del labbro del pudendo, e lateralmente fra l'orifizio dell'ano, e la tuberosità dell'irchio. Vassina (4), citando queste due Osservazioni, fa la seguente riflessione, la quale viene in conferma di quanto si è detto poc'anzi. *Mais si la vessie dans l'état de grossesse forme un'hermie, ce n'est pas toujours par les anneaux, ni même par les arcades crurales; elle se glisse quelquefois sur une de ces èves du vagin, et de l'intestin rectum, et presse par la matrice elle force quelque uues des fibres des muscles s'élèvent de l'anus, et forme un tumeur au perinée un peu latéralment*. Sull'ista cosa due donne gravide ha osservato l'ernia del *pudendo*, ebr, recando il costume, chiamò del *perineo*. Contentavano porzione di intestino. Una di queste, della grossezza d'un pugno, nel finire della gravidanza, si ingrossò, e si gangrenò. Malgrado ciò l'istita ne fu felice. Hois opinò, che queste due Osservazioni fossero riferibili alle ernie vaginali; ma egli si ingannò, poichè l'Autore disse chiaramente che l'uno è l'altro tumore ernioso protroneva al lato sinistro dell'orifizio dell'ano. *Cases and observ. on Midwifery* T. I. pag. 158.

(1) *Arch. R. de chirurg. T. II. in 8.*

(2) *Arch. R. des sciences An. 1713.*

(3) *Arch. R. de chirurg. T. II. in 8.*

(4) *Loc. cit.*

Non avvi dunque punto di dubbio, che, come nell'ernia del *perineo* nel maschio, così in quella del *puerando* nella donna, il tumore è formato ora dalla protrusione fuori del fondo della pelvi d'un'ansa d'intestino; ora d'una porzione di vescica orinaria. I segni indicanti l'essenza di queste due maniere di infermità, per riguardo alla viscera in esse contenuta, sono manifestissimi da quanto si è detto sopra; e particolarmente, parlando in particolare di *siacchedon* di questa malattia.

HARTMAN (1) fu non pertanto il solo; per quanto so, il quale avesse l'opposizione di non riconoscere un'ernia del *puerando* fatta da protrusione di vescica orinaria. « Nel cadavere d'una donna (scrive egli), la quale, molti anni prima della sua morte, aveva reso parecchi saccoli dall'uscita, trovai un tumore situato sul labbro sinistro della vagina promineute in di fuori, che vi aveva assottigliato i muscoli legumini. Aperto il basso ventre, erediti, sulle prime, che la vescica orinaria ne fosse mancante: non ricorrevi poi che questo viscerale risiedeva in parte sotto del pube, ed in parte si era trasferito fuori del fondo della pelvi. Questa seconda porzione di vescica conteneva un calcolo del peso di 110 once. Introdotta la mano sin nel fondo della pelvi, sollevai la cervice dalla vagina, menando coll'altra mano processi al di fuori di ripingersi dal basso alio quella posizione dal detto viscerale che faceva tumore sul pube, e trovai, che quasi all'ultima posizione non comunicava più colla superiore. L'infirma negli ultimi periodi di sua vita non rendeva l'urina che goccia a goccia, e senza preavviso dolorosi, sotto la violenza dei quali ne usciva anche gli escrementi.

Per ciò che riguarda l'ernia *vaginale*, la quale, come si è detto, non può in modo varrarsi confondersi con quella del *puerando*, la speranza dimostra essere la *vaginale* più frequente di quella del *puerando*. Ciò avviene re-

similmente perchè l'ernia *vaginale* si forma d'ordinario nella donna la quale ha avuto partorito più volte, e nella quale necessariamente la pareti della vagina divenute flaccide, offrono meno di resistenza all'impulsione delle viscere abdominali, che i muscoli l'abbino-coggetti, l'elevatore dell'ago, e la tela iponevotica che vesta l'utero a superstie del fondo della pelvi. Infatti sopra quindici casi d'ernia *vaginale* osservati da HOVE (2) tredici furono di donne, le quali avevano partorito più volte. Si ha una prova di ciò nell'esame de' cadaveri di puerpere, nei quali, premendo coll'apice della dita quel tramento che fa il peritoneo nel fondo della pelvi, si trova più di facilità a spingersi verso il cavo della vagina, che verso il fondo della pelvi.

Ma tornando alla considerazione dell'ernia del *puerando* nella donna, ed insieme di quella del *perineo* nel maschio, di questo grande impostanza sia l'andare al riparo di questa infermità, mentre essa è ancora ne' suoi principi, ci istruiscono abbastanza i seguenti esempi che abbiamo di enorme grossezza sul questo tumore, abbandonato a se stesso, può passare, siccome avvenne nei casi descritti da PAVEN (3) e da BOSE (4).

Il primo si fu in una donna di 50 anni, nubile, robusta, la quale morì improvvisamente. « Nel calvaria di essa l'esuio del puerando aveva la forma d'un grosso fiaco pendente dal lato destro dell'osificio dall'ago, e si prolungava sin quasi alla sua (5). Il vasto tumore non aveva meno d'un braccio e mezzo di circonferenza nel suo fondo, e d'un palmo nei dintorni del suo collo in prossimità dell'osificio dall'ago. Aperto con detto vastissimo tumore per lo lungo, si è trovato in esso molto tratto d'intestino tenue, posizione dal lato destro, il sieso intestino colla sua appendice, e porzione del colon sinistro colla sua piegatura *sigmoidea*. Rimase queste viscere dal cavo del-

(1) Acad. N. C. Decad. II. An. V. 1686. Observ. 71.

(2) Fed. Le Blanc Précis des Operat. de Chirurg. T. II. Inoltre SANDROFF. Observ. Patholog. Cap. 1F.

(3) Epist. ad HALLERUM 1750 de stupenda hernia dorsa. Disput. Chirurg. HALLER T. II.

(4) Programma De Enterocoele ischiadica. Lipsiae 1772.

(5) Girando l'occhio sulla Tav. XII. fig. 1. vedasi delineata l'ernia del perineo nel maschio ed apparisce la direzione che prende questo tumore sin dal suo principio verso la parte posteriore della coscia, e gamba.

« l'ernia, e del ventre, si presentò nel lato « destro della pelvi nell'ampia fossa vestita dal « peritoneo, il quale, a modo di infundibolo « usciva dal fondo del bacino nell'intervallo « fra il gemito labbro del pudendo, l'orificio « dell'ano, la tuberosità dell'ischio, e l'apice « del coecigo. » L'Autore seppe dai parenti della defunta, che dieci anni prima della di lei morte quel vasto tumore non era più grosso d'una piccola palla.

Poco importa, a parer mio, il disantere, se Paron abbia bene, o male dato il nome di *ernia dorsale* a questo tumore. Coss' certa è, che l'uscita delle viscere nella porzione inferiore del labbro del pudendo, fra l'orificio dell'ano, la tuberosità dell'ischio, e la punta del coecigo, caratterizzano l'ernia del pudendo, e non altrimenti.

Meno fasto di queste, ma però d'un volume assai considerevole, poichè conteneva un braccio e un quarto d'antefuso lenue, fu l'ernia del pudendo notomizzata da Boss sul cadavere d'una donna di 60 anni stata strangolata. « L'ernioso tumore, scrive egli, usciva « dal fondo della pelvi fra il lato destro del- « l'orificio dell'ano, il labbro corrispondente « della vulva, e la punta del coecigo. Il retto « intestino, più ristretto che di consuetudine, era « stato spinto sull'ernia verso il lato sinistro « della pelvi. Nel fondo del bacino vedevansi « una non naturale apertura, per cui il peri- « toneo era uscito a formare il sacro ernia- « rio ».

Pareque a Boss di chiamare quest'ernia *ischioidea interna*, affine di distinguerla da quella che si fa dall'uscita delle viscere per le lesure sacro-ischialiche, e che egli vorrebbe si chiamasse *ischioidea esterna*, ed alla quale, male a proposito, egli riferisce il caso descritto da l'Avant; ma il fatto anatomico dimostra che l'uno e l'altro di questi vasti tumori non furono che ernie del pudendo.

I sintomi dell'arte sembrano disposti a credere, che sieno le ernie delle rare, alle quali si riferiscono quelle che si formano nei dintorni e nel fondo della pelvi, vadano sottoposte all'incarceramento. Termi però che

riò sia stato asserito per analogie soltanto; poichè non mi consta l'altro fatto di tal sorte riferito negli Annali della chirurgia che precedettero l'epoca presente. Ora solamente può dirsi che quest'articolo di chirurgia è confermato dall'osservazione, e dalla esperienza. Perchè ASSAULT COHEN (\*) ha soccorso una donna di 22 anni, la quale si trovava agli estremi per ernia del pudendo *incarcerata*. Il tumore aveva la grossezza d'un ovo di colomba, e si estendeva dalla metà inferiore del labbro sinistro del pudendo al margine sinistro dell'orificio dell'ano. Mediante il *tamix* riuscì a questo valente chirurgo di fare la riposizione di codesta ernia. Durante l'operazione l'inferma diede segni di vivissimo dolore; ma, rientrata le viscere, la calma vi succedette immediatamente (2).

Un fatto analogo a questo vien riferito da CROQUET (\*). Una giovane di 24 anni, abitualmente costipata di ventre, e solita fare de' grandi sforzi per sollevare de' grandi pesi, s'accorse che le era sopravvenuto un tumore nella parte inferiore e posteriore del labbro destro della vulva. Il tumore era delle grossezze d'un grosso marrone, e protrubeva sopra i tegumenti, e nell'interno della vulva, ove si prolungava longitudinalmente e lungo il destro lato delle vagine pel tratto di due pollici. Inoltre era duro, resistente alla pressione, ma di poco doloroso. Quando la malata tentava il tumore si ingrossava, e si estendeva di più.

CROQUET ne fece la riduzione con facilità, la quale si annunziò con un gorgoglio che fecero sentire le viscere nel rientrare. Dopo di ciò, nella parte inferiore e posteriore del labbro destro della vulva rimase un vuoto, nel quale si poteva nascondere l'apice del dito, a spingerlo dentro la pelle. Si ricambiò allora distintamente l'apertura rotonda a modo d'anello per cui le viscere erano uscite a formare l'ernia completa del pudendo. Scomparendo dopo la riduzione inievemente quell'ingrossamento che l'ernie facevano per entro il lato destro della vagina. Dopo la riposizione la malata si trovò immediatamente sollevata da ogni incomodo,

(1) Opera cit. P. II.

(2) Le osservazioni di straziamento d'ernia del pudendo arcuata nell'atto del parto, come ci viene riferito da SWELLER, differiscono da quelle delle quali qui si parla: Cases and observ. in Midwifery pag. 148

(\*) Nouveau Journal de Med. N. r. Avril, pag. 427.



ei ha potuto riprendere le sue occupazioni ordinarie, curata ogni maniera di beo-  
daggio.

Un altro caso simile al precedente ci viene di recente riferito dal sig. BOMPAEN (\*\*), d'una donna nella quale comparve questa specie d'ernia intestinale in seguito di caduta da cavallo in una fossa.

Nou fu che 15 giorni dopo l'accidente che BOMPAEN visitò la malata. Costante la donna non dava al sentire che un leggero infossamento sulla metà inferiore del destro labbro della vulva, ma temeva la donna in piedi, e fatti alcuni passi, comparve il tumore della grossezza d'una noce ordinaria con premii d'orinae. L'ernia fu tiposta, e mantenuta in tale stato mediante l'applicazione di un compresso di figna nuda sostenuto dalla fascia T costantemente per dieci mesi; dal quale unico presidio la donna n'ebbe una guarigione perfetta al dire dell'Autore.

Nel maschio ho già esposto superiormente essere stato io testimone oculare dell'incarceramento dell'ernia completa del perineo fatta dell'intestino ileon, cui io puce sono anda-

to al riparo felicemente mediante il *taxis*, agevolato da que' sussidj dell' arte che praticare si sogliono in queste circostanze, senza aver ricorso al taglio. In ogni modo, se in qualche caso, che io opio dovet essere medesimo, l'incisione dell'ernia si rendesse necessaria, non dubito punto di asserire, che questa operazione non sarebbe ne difficile da eseguirsi, nè, per la stessa, pericolosa per l'infezione. Perchè tanto nel caso d'ernia del *pulendo*, quanto in quello d'ernia del *perineo*, l'orificio del sacco ecetario si trova sempre situato pressochè fuori del basso fondo della pelvi (1), per cui, aperto il sacco ecetario nel suo collo, se l'ernia è voluminosa, occorrono per tutta la sua lunghezza, se l'ernia è picciola, non si richiede poscia per liberare la viscera dallo strozzamento, che di introdurre l'apice d'un picciolo bistotino bottonato fra la viscera protesa, ed il callosa margine dell'orificio del sacco ecetario, e fare con questo strumento una picciola incisione dal basso in alto in direzione obliqua verso il fianco. Imperciocchè si evita così nel maschio l'offesa della vescica ecetaria, e nella femmina quella della vagina.

(\*\*) *Revue Médicale*. Dicembre 1822. *Avvi tutto a credere che la viscera fuori uscita in questo ultimo caso fosse una porzione della vescica urinaria.*

(1) *Alex SANDRAX*, colla maggior parte degli Scrittori di Chirurgia, è caduto nell'errore di credere che l'orificio del sacco dell'ernia del perineo, o del *pulendo* sia in una posizione molto elevata nella pelvi. Se l'operazione, scrive egli, *devenoit nécessaire on pourroit y trouver des grandes difficultés relatives à la profondeur de l'ouverture qui donne passage aux éjacules; la qual cosa è contraddetta dall'osservazione di fatto, come è stato dimostrato in più luoghi di questa Memoria*. *Fed. Med. Operat. T. I. pag. 154.*

# AGGIUNTE

FATTE NELL' EDIZIONE FRANCESE

## MEMORIA VII.

SOPRA UNA NUOVA SPECIE D'ERNIA, CHE SI POTREBBE CHIAMARE EXTRA-PERITONEALE, LETTA NEL 1807 ALLA SOCIETÀ DELLA SCUOLA DI MEDICINA DI PARIGI DA M. TH. LAENNEC, DOTTOR DI MEDICINA, MEMBRO DI DETTA SOCIETÀ

L'osservazione che ha dato luogo a questa Memoria riguarda un caso probabilmente rarissimo, e che io credo fino a ora senza esempio. È un'ernia scrotale, nella quale il sacco dell'ernia presentava un prolungamento che rientrava nell'addome per un'apertura vicina all'anello inguinale. La singolarità di questa disposizione m'ha impegnato a farla conoscere, sebbene io non abbia potuto esaminarla tanto completamente quanto avrei desiderato, e sia dispiaciuto di non potervi dir nulla sulla malattia e l'operazione che han perduto la vita del soggetto che l'ha presentata. Particolari circostanze m'hanno impedito di procurarmi degli indizj esatti in questo ultimo oggetto, e mi piace piuttosto di lasciare un libero campo alle congetture che potranno farsi dietro i dettagli anatomici, che assaiar cosa, della cui verità non potrei esser garante. Io mi limito dunque a esporre quel che ho visto, e farò in seguito alcune riflessioni che nascono naturalmente de' fatti.

Il 25 Settembre 1804 io era occupato a fare ricerche circa de' tumori patologici nell'ambulatorio d'uno degli spedali di questa capitale, quando viddi su una tavola di dissezione, il cadavere di un uomo nel rigor dell'età, che avea pochi giorni avanti evidentemente subito l'operazione del tubanoorte. Si vedea dalla parte destra un'ernione che dall'anello inguinale scendeva fino al basso dello scroto, e le cui labbra eran leggiermente rosse, un po' enfiate e infiltrate. Io compresi che alcuni allievi averti già fatto l'apertura di questo oggetto ma era facile di vedere al primo colpo d'occhio che situata da una matrice massiccia preesistentissima che ricopriva il basso ventre, e'ran limitati a esaminare quel che

palpari riconoscere alla prima ispezione e senza nulla scomporre, o che avessi temuto in altro momento il farne un esame più profondo. L'addome era aperto per una semplice incisione in croce: e non s'era stata fatta altra incisione. Le viscere addominali eran tutte al loro posto, e gl'intestini neppur erano stati rimossi, come s'avea fatto il convincersene coi dettagli dell'autopsia. Comunque sia, la singolarità delle disposizioni che presentava il sacco ernionico in questo cadavere, m'impegnò a esaminar con cura tutte le parti contenute nel basso ventre.

L'addome esalava un fetore analogo quello della cancrena e fortissimo, che persisteva ancora dopo che la matrice puriforme che ricopriva la ferita. Il peritoneo presentava tanto stuf'intermini quanto sul resto di sua estensione un color grigio rosso. Il grosso intestino era riservato in se stesso, e presentava un diametro minore dell'intestino gracile che al primo abbozzo pareva sommamente dilatato. Egli avea in più luoghi quasi due pollici (sei centimetri) di diametro: ma questa dilatazione non era che apparente, perchè l'intestino era flessibile e non offriva alcuna resistenza a toccarlo. Le tre pareti del letto opache, avevano una grossezza più che ordinaria, e crebber poter sopportare ancora una molto più grande dilatazione, senza divenir trasparenti, come son quelli degli intestini dilatati fuor di misura dai gas. Si vedeano in più luoghi su quest'intestino de' nodi ragionati da piccole vasi ingorgati di sangue fin nelle loro ultime ramificazioni, e all'orlo fra le tuniche peritoneale e muscolare. In alcuni punti la tunica peritoneale presentava nel suo tessuto de' nodi formati dalla riunione di una

multitudine di piccoli punti così vicinissimi l'uno all'altro (1). Le membrane muscolari e mucosa del canale intestinale avevano la medesima tinta grigia cupa del peritoneo: ma la loro tessitura e consistenza erano le stesse che nello stato naturale.

Tutto l'intestino gracile era pieno d'una materia putrescente, liquida, fortemente irritata girata dalle bile, e d'un odore passabilmente fetido. Costante pure grigi.

Circa un piede (36 cent.) della rahnula di Bauhin, l'intestino sottile era irrimediabilmente tagliato, e presentato nel senso della lunghezza la mancanza di continuità per un pollice in circa (3 cent.) di estensione. Mancava alla corrispondente posizione del mesenterio un lembo triangolare, la cui base guardava l'intestino e la punta le colonne vertebrali. Il capo superiore dell'intestino trovato era ripiegato sotto il resto delle masse degli intestini rotoli, e era allacciato al mesenterio all'altezza della prima vertebra dei lombi per mezzo d'una materia glutinosa che descriverò più basso. Egli era talmente fissato per questa materia che lo sviluppava da tutte le parti che nulla si era versato.

Il capo inferiore dell'intestino sottile ondeggava nella regione iliaca sinistra. Sebbene fosse quasi rotto, le sue pareti non erano punto compresse, e conservava la sua forma cilindrica. Il suo orificio peristaltico non era aperto affatto: la metà del contorno di questa apertura era allacciato al lato opposto della membrana mucosa intestinale, senza intermissione visibile o come per continuità di sostanza, in un modo però aspro e poco terribile. Le superficie delle due diramazioni erano lisse e parevano già quasi interamente cicatrizzate. La cavità del peritoneo non conteneva fecce.

La porzione dell'intestino separata dall'ileo si trovava all'angolo inguinale destro, che chiudeva interamente, e al contorno del quale era leggermente attaccata: formava un arco la cui parte compresa guardava il sacco erniario, su cui faceva appena una leggera prominenza: l'anello non era incrociato, questa porzione di intestino non era compressa, e le sue due estremità erano aperte: ella non aveva una sfera maggiore del resto del canale intestinale, vi si distingueva ancora benissimo le tre membrane: la tuacca peritoneale era nera e leggermente addensata, la membrana muscolare era color di laguna, la mucosa era appena rosata e non aveva il color grigio ruvido che presiedeva nel resto del canale intestinale. Le tre membrane d'altronde non

presentavano né immolimento né alcun altro segno di rancore.

Il peritoneo si prolungava al di là dell'anello e formava un sacco erniario ampissimo, ma solo che recedeva fuori della cavità dello stomaco. Una linea circa sopra all'orlo e un po' più in fuori si vedeva una apertura allungata e a sei lacci, che per causa della compresione delle parti pareva a prima vista non esser che una piega forata del sacco erniario. Questa apertura presso a poco parallela all'anello era più lunga del doppio. Sebbene molto stretta in apparenza per il far rientrare del suo orlo, si si poteva facilmente introdurre due dita a riconoscere che condurre in una rotta di sacco assai vasto, addossato alla parte del peritoneo che ricade anteriormente e inferiormente le regioni iliaca destra, la lo incide nella sua parte posteriore e finalmente riconoscibile che egli era del tutto formato dal sacco erniario, di cui una porzione ricadeva nell'addome per l'apertura, situata al di sotto dell'anello, e la si spiegava in modo da formare un arrotto di due porzioni, una delle quali abbastanza grande per poter contenere la metà della mano rimontata al di fuori dell'anello tra il peritoneo e i muscoli addominali; mentre la seconda il doppio più vasta sembrava nel baratro di sotto e an più a rintracciare dell'arrotto fino all'altezza del basso fondo della rahnula.

La membrana che forma il sacco erniario e il suo appendice stentante presentava presso a poco il medesimo colore e il medesimo aspetto del resto del peritoneo: si riconosceva solamente trito nel sacco erniario, girato nella sua parte rientrante un gran numero di piccole condensazioni irregolari e di natura cartilaginea. Nell'addome il peritoneo non presentava nulla di simile, ma la sua superficie come quella del sacco erniario e della sua appendice era tappezzata quasi per tutto da una struttura più o meno densa di una materia albuminosa, nera, sragliata, giallastra, che aveva la consistenza leggermente friabile dei tubercoli giunti al primo grado del loro rammolimento. La medesima materia accumulata in più gran quantità nelle interstiziali delle circonvoluzioni intestinali li univa fra loro. A questa materia albuminosa pur si doveva l'aspetto del capo superiore dell'intestino sottile al mesenterio. Nella rahnula le circonvoluzioni intestinali si trovavano fra loro, oltre la materia friabile che lo univa, e che aveva l'aspetto di una materia rosacea impalpabile e molto simile all'albumina dell'occhio. Il fegato

(1) Questa specie di rozzore puntato è da de' caratteri anatomici dell'infiammazione delle membrane serose, come ho detto altrove. È facilissima a distinguersi dall'irritazione dei piccoli vasi subcutanei. V. il giornale di medicina del Moli, *CONSTAT*, LXXXIX et *BORSA F. IV*, pag. 532.

to era sano: la vescichetta biliare conteneva una gran quantità di bile d'un color giallo verdastro.

Non potei esaminare gli altri organi, non essendo il soggetto nn di quelli che erano a mia disposizione. La medesima ragione m'impedì di notomizzare totalmente il sacco erniario: e mi contentai come ho detto, di incidere dal lato del bacino in modo da riconoscere i fatti esposti. Mi era proposto di seguirlo le sole indagini dopo essermi informato dell'uso, e di questo soggetto era riferito: ma tornato all'autoteatro dopo qualche ora, trovai che era stato tolto via per causa del febre che erasia.

Schlenker non abbia potuto interamente ridurre le relazioni dell'apertura per cui il sacco erniario rientra nell'addome, la situazione di quest'apertura e la sua direzione non mi lascian dubitar che non si dovesse ripetere da un allontanamento delle fibre aponevrotiche del grand'obliquo al di fuori e un po' sotto all'anello. Questi allontanamenti non son rari negli uomini di costituzione lussata: e si non reduce dell'ernia inguinali uscite per le medesime aperture e non per l'anello (r). Si concepisce facilmente come nel caso di che si tratta gli sforzi che era obbligato il malato di fare ogni giorno per far rientrare un'ernia voluminosa insieme d'un peso incomodo, avessero aumentata inevitabilmente l'allontanamento delle fibre del grand'obliquo e determinato a poco a poco gli intestini a rientrare in parte nell'addome per quanta via, spingendo avanti a loro la porzione del sacco erniario che ricopriva l'allontanamento. Questo modo di riguardare il fatto esposto, sembra tanto più fondato in quanto che l'anello era appena un po' più dilatato che nello stato naturale. Il rientrare dell'ernia non poteva in conseguenza aver luogo che dopo sforzi assai grandi più o meno prolungati e per conseguenza assai capaci di favorire la formazione e lo sviluppo dell'appendice rientrante del sacco erniario. Non c'è d'altronde bisogno di grandissima forza per determinare ne sempre collocato nel tessuto nell'anello dello scoto a penetrare nell'addome, quando trova un'apertura che glielo permette. Il caso d'idrocele della tunica vaginale, che son rili apostatamente fin all'anello, basta a provarlo (a).

Potrei citar molti altri fatti per mostrare che una hernia preesistente può far penetrare nell'addome de' tumori situati o diretti

punti della pareti di questa cavità: io mi limiterò a un solo, che potrà parere interessante in quanto che il tumor di cui si tratta parera propriamente un'ernia.

Una donna, morta d'un mal acuto nello spedale della Carità, avea alla dritta e un po' sopra all'ombelico un tumore del volume d'una mela di media grossezza, che si faceva interamente rientrar nell'addome col tactu: o poi si poteva far ricomparire premendo fortemente i fianchi del cadavere. Pareva che questi caratteri non lasciassero più alcun dubbio sull'esistenza d'un'ernia ombelicale: ma dopo che fu incisa la pelle, vidi con sorpresa che questo tumore era formato da una massa adiposa, ariluppata nel tessuto cellulare sottocutaneo, e che immediatamente era preso al peritoneo in una parte della sua superficie, per causa d'una allontanamento quasi circolare e della larghezza dell'unghia, che le fibre aponevrotiche lasciavano in questo luogo. Il tumore pressato passava con facilità quest'apertura, e interamente si collocava fra il peritoneo e i muscoli diritti.

Il grasso che formava questo tumore era più solido e d'un colore un po' più cupo dei grassi vicini, da cui era separato da uno strato di tessuto cellulare assai denso.

È probabilissimo che dall'epoca della formazione dell'appendice rientrante del sacco erniario, il muscolo non abbia più potuto portare la faccia elastica: poichè la massa degli intestinali formati l'ernia, rientrando in parte nell'addome, e in parte nella porzione addominale del sacco, per gli sforzi del tactu, la pallottola del brachiere applicata sull'anello, avrebbe compresso l'intestino. Questa circostanza ha dovuto di necessità contribuire a render l'ernia di giorno in giorno più voluminosa, le tixie più pressate, e l'appendice rientrante del sacco erniario più ampia.

Alle ragioni che per stabilire che l'appendice del sacco erniario rientra nell'addome per un allontanamento naturale delle fibre aponevrotiche del grand'obliquo, io passo in mancanza della notomia che non lascierebbe alcun dubbio, aggiungere altre considerazioni che gli tolgono tutti di mezzo.

Io ho esaminato con cura tutta l'estensione del sacco erniario e del suo appendice: in ho riconosciuto perfettamente la loro identità di struttura, la continuità fra loro e il peritoneo: io ho dunque visto un sacco erniario rientrante evidentemente nell'addome per

(1) P. I. L. Petit *Malad. chirurg.* T. 2, p. 256. Richter, *Trattato dell'Ernia trattato da Rougemont* a. ediz. T. I. §. 36. e 37.

M. Roux ha operata ultimamente allo spedale della Carità un'ernia che sortiva per un'apertura situata fra il pilastro esterno dell'anello e l'orco erniale.

(a) *Trattato dell'ernia di Richter* T. I. in nota alla pag. 124. È stata comunicata un'osservazione simile alla società della facoltà medica di Parigi nell'anno XIX (1805).

un'apertura diversa dall'anello. Non mi son potuto certamente ingannare sopra un fatto di questa natura no per qualche varietà anatomica, né per qualche alterazione straniera all'ernia; molto meno poi per qualche incisione fatta degli allievi che avevano aperto l'addome del cadavere (?). Non v'è bisogno d'una grand'abitudine dell'anatomia patologica, basterà aver notomizzato anche una volta sola un sacco erniario per saper distinguere una cavità di questa natura dalle tracce d'un'orifizio; e nel caso da me osservato più circostanze si univano per render facilissima la distinzione della lesione. Tal'era fra l'altre la somiglianza de' strutturali fra il sacro erniario e il suo appendice, somiglianza tralasciata perche l'una e l'altre presentavano delle condensazioni cartilaginee: tale era anche la strata pseudo-membranosa di cui eran ricoperti l'una e l'altro rivestiti, come anche il resto del peritoneo.

Posto il fatto così, rimane solo da sapere cosa poteva essere l'apertura che lasciava libero passaggio all'appendice rientrante del sacco erniario. La sua situazione immobilitamente al di sotto dell'anello, la sua direzione ed estensione non lascian luogo che a due supposizioni. O può pensarsi che si dovesse ripetere da un allontanamento delle fibre del *grand obliquus*, come parso, e che non fosse altra cosa fuorchè l'apertura dell'arco erniario: ma per poco che si rifletta, si riconoscerà facilmente che è in qualche modo impossibile che questa seconda congettura abbia qualche fondamento.

L'apertura per cui il sacco dell'ernia rientrava nell'addome, rebbon più esteri dell'anello se ne scostava appena di qualche linea dal lato esterno. L'apertura dell'arco al contrario è costantemente situata affatto fuor dell'anello. La posizione dell'orifizio del sacco erniario e un linea al di sotto dell'anello e in direzione parallela è egualmente un carattere che non può appartenere all'arcata erniaria. Si può anche osservare che l'apertura dell'appendice rientrante era situata presso a poco nel medesimo piano dell'anello, mentre per motivo dell'inclinazione in basso e in addietro che presenta il legamento di POUSSAT, l'arcata erniaria si trova sopra un piano, posteriore di più linee all'anello.

A queste ragioni dedotte dalla posizione dell'arcata erniaria e di quella dell'apertura demerita, ne aggiungerò altre che derivan,

dalla maniera con cui l'appendice rientrando ha dovuto necessariamente formarsi come io credo aver dimostrato. Nell'operazione del *taxis*, praticato su un'ernia inguinale il peso della pressione posta principalmente sull'anello e sulla parte posterior superior del sacco erniario o della sua parti subiacenti. È facil vedere che questa pressione, lungi dal disporre l'ernia a recedere sotto l'arcata erniaria, dee al contrario tendere a chiudere interamente quest'apertura, applicando sui muscoli *pravi* e tirando il legamento del POUSSAT che nello stato fresco scende sempre più basso dell'estremità dell'osso dell'ileo.

Il grasso e le glandole che riempion la piega dell'anguina, renderebbero anche più immediata la compressione operata dal *taxis*, e inoltre s'apparellerebbero da loro stesse al rientrar del sacco per l'arcata erniaria.

Si vede facilmente che non degli ostacoli ora esposti esiste al rientrar dell'ernia per una apertura derivata dall'allontanamento delle fibre aponevrotiche, e si può intuire, per via d'esclusione concludere che tale era realmente la natura dell'apertura per cui l'appendice del sacco dell'ernia penetra nell'addome.

Quantunque straordinaria sia la disposizione del sacco erniario ora descritto, pure ha una certa analogia con altri che si videro erantio rientra per gli orifizi del *saxis*, con le parti che rinchioda; e non potendo rimpugnarsi, ossia per ragioni dell'adacchezza che l'omniscono, varia per la ristrettezza della sua apertura, si colloca dietro l'anello fra il peritoneo e la parete addominale. Quest'ernia rientra e fruttando ancora rinchiusa e pressata nel suo sacco, scoperte da ANASTAS (2) e LEBLANC (3), osservate di nuovo da LABATE (4) furon rigettate da LOUIS (5), che appoggiò la sua opinione su nozioni anatomiche e pratiche che preannunziavano l'impossibilità. Son però state osservate più volte ai nostri, di e la loro esistenza non è più un problema. Anche ultimamente se ne son veduti degli esempi all'Hôtel-Dieu di Parigi. In questi casi, come in quello da me osservato, il sacco erniario rientra nell'addome. Qualche volta anche non vi rientra totalmente, e allora l'anellogia è più perfetta: ma resta sempre fra questi due casi una gran differenza. Un'ernia ancora rinchiusa nel suo sacco rientra per l'apertura medesima che lo avea aperto il passaggio ed è questo un avvenimento acido-

(1) Io non avrei neppur pensato a prevenir queste obiezioni; ma siccome furon fatte alla prima lettura di questa memoria, perciò ho creduto bene di lasciar sussister la mia risposta, sebbene non sieno state rinnovate alla seconda.

(2) Trattato dell'ernia.

(3) Oss. di chirurgia, t. 2. oss. 58.

(4) Operazioni, di DIOVAS, con le note di LABATE pag. 324. nota (a).

(5) Mem. dell'occul. di chirurg. ed. in 4. T. 4. pag. 306. e seg.

talr prodotto da tentativi sovente diretti dritto i principj più esatti, ma sempre infructuosi. Il caso descritto presenta all'opposto l'esempio d' un'ernia, che per gli alorai reiterati e probabilmente peusoni del *torax* è in parte rientrata nell'addome per un'apertura diversa da quella per cui era uscita. L'attenzione della rivista inferiore, che non aveva diminuito nulla della porzione scrotale del sacco erniario, annunzia che questa rivista s'è formata in un modo lento, e che ha esistito lungo tempo senza cagionare accidenti. Questa specie d'ernia non ha dunque di comune col caso precedente che la sua situazione generale e la sua causa: ne differisce del tutto pel modo d'origine di questa causa, per gli effetti e sopra tutto per la disposizione anatomica, sola here che possa adottarsi nella situazione dell'ernia. Dietro questa considerazione ho creduto di poter designare sotto il nome d'ernia *extraperitoneale*, la descritta disposizione del sacco dell'ernia.

Sotto altri riguardi, questa sorta d'ernia ha qualche analogia con i sacchi erniari doppi o biforcati, di cui diversi autori han riferiti degli esempi: ma quelli casi forse a spiegarli più difficili dell'altra sì che si tratta, non han relazione con quello se non per il biforcamento del sacco dell'ernia, e differiscono ancora per la situazione dei due bracci del sacco che non s'imbocca collocati nell'anguinaia o nello scroto, mentre nel caso presente una delle parti del sacco era nello scroto, e l'altra nel bacino.

Si può rimarcare anche nell'osservazione presentemente tratta un fatto assai curioso, di cui, per quanto soppia, niun osservatore ha fatto menzione, o che frattanto si riscontra assai di sovente nelle persone affette da ernie antiche, cioè l'ampiezza degli intestini rotti, e la grossezza delle lor tuniche. Quest' aumento di volume si spiega assai naturalmente, se si fa attenzione al rostinno oroscato che oppongono l'raie al libero corso delle materie escrementizie. Queste materie continuamente accumulate negli intestini sottili, gli distendono e escono dalla parte loro degli alorai molto più grandi per liberarvene: il giorniero aumento d'azione nella tunica muscolare degli intestini vi ragiona ben presto in appropria di nutrizione: e così in questi casi l'ingrossamento delle pareti del canale intestinale si deve quasi del tutto a quello della tunica muscolare. Questo fatto ha osservato egualmente in altri, in cui era raro diffire il corso delle materie fecali per diverse cause, si lega d'altronde perfettamente col caso analo-

gi d'aumento di nutrizione negli altri organi muscolari. Così la membrana muscolare della vescica s'indurisce, tutte le volte che un ostacolo di qualunque natura s'oppona abitualmente al libero passaggio dell'urina: così gli orosciami attivi del ventricolo sinistro han sovente per prima causa, come l'ha mostrato M. COVASSAT, la piccolezza di diametro dell'orta.

## MEMORIA VIII.

*Sopra non terminazioni della coacrena nell'ernia, letta alla Società della Facoltà di Medicina di Parigi nella sua seduta del 19 gennaio 1811. (1) da M. J. B. CAROT, Dottor di Medicina.*

Discorrendo la raccolta delle osservazioni, restava meravigliati del gran numero di ernie e fistole *stracorse* compiutamente guarite, dopo la perdita d'una porzione delle pareti intestinali, alle volte anche considerabili. La maggior parte di queste maravigliose guarigioni son state l'opera della natura: sono state osservate quasi sempre in individui che, escludo affetti da un'ernia inguinale, han rimesso i soccorsi dell'arte, o si son trovati nell'impossibilità di ricorrervi: di modo che oggi non sarebbe punto difficile il provare che iucidruti disgraziati, o riguardati come tali, han fatto più cure in questo genere che i prossimi operatori della chirurgia. E di fatti le operazioni proposte da DUVARCA, RANDELL, LEFEBVRELLA ec. hanno sì raramente buon esito, e hanno in tutti i casi portato seco certi accidenti spaventevoli, che il piccolo numero di guarigioni loro attribuite sembrano aver luogo piuttosto loro malgrado che per loro merito. Dietro tali considerazioni un de' più celebri chirurghi del nostro secolo (2) non erita a dire che tutti i metodi inventati fin qui per riunire le piaghe del canale intestinale, son più adatte a scomporre il lavoro della natura che a secondarlo, e che non son applicabili fuorchè ad alcuni casi sommamente rari. A questa importante verità, espressa in una maniera così succinta da RANDELL, è stato negli ultimi tempi riprodotto alla luce da SCARPER (3), e avviluppata con quella rara sapienza e profondità di cognizioni che caratterizzano gli scritti di

(1) V. il bollettino della facoltà di Medicina n. I. e III. dell'anno 1711. — Dopo la lettura di questa Memoria furono aggiunte molte nuove osservazioni.

(2) RICORDI. *Traité de l'ernie* c. 28.

(3) Nella sua *memoria sull'ernie con cancrena*, §. 42. pag. 300. di questo volume.

questi illustre professori. Sosteneva da autorità di sì gran peso ella prevalea ormai senza dubbio: e l'erte in questo punto ai perfezionisti col far più semplici i suoi processi, a misura che si conosceran meglio le risorse tutte che la natura possiede per rimediare alle gangrene d'una parte del canale intestinale.

L'oggetto di queste Memorie è di far conoscere una di quelle ammirabili risorse della natura, che non compariace essere stata neppur rispettata dagli autori che han scritto sull'ernie. Forse difficilmente si credet che una porzion d'intestino ingrenata in un'ernia sia stata rigettata al di fuori, e che poi le due estremità di questo canale diriso risino rianche contraendo dell'istitue aderenza col sacco dell'ernia, senza che vi sia stato accesso o piaga all'esterno: fatto solo nel caso che son per riferire non è possibile il dubitare che le cose non sien andate così. Per quanto al coordinaria sia una simil guarigione, io mi sforzerò di provare che non è inesplicabile, come potrebbe vedersi dietro l'idea fisiologiche e patologiche ammesse generalmente. Io comincerò d'ill'espone l'aver ragione con tutte le circostanze che ne garantiscono l'autenticità: poi s'aggiungerò delle riflessioni, e la rarricinerò con de' fatti analoghi, da illiverrati autori pubblicati, per confermar l'induzione che se ho fatte, e per riempire in qualche modo alle particolarità che potrei aver trascurato. Questo metodo di rommentar i fatti con de' fatti, di cui Morgagni ci ha lasciato sì bel modello, mi sembra preferibile a qualunque altra maniera di ragionare, quando si tratta di dirrizzare una questione di medicina sopra tutto d'anatomia patologica.

Arsand Bramont, sellajo, in età di 47 anni, uomo di mezzana statura, e di una buona salute, naturalmente roagro, pallido, inscibilo, e moltissimo dedito al vino, era incomodato da 15 anni da un'ernia inguinale del lato sinistro. Su' primi tre anni non avea portato fasce: quella di cui s'era territo lo seguito contenere il male la sua ernia, che egli era obbligato di ridarla fino a otto o dieci volte il giorno, il che ei faceva con facilità.

Il 9. giugno 1810, facendo egli uno sforzo considerabile per abbassar le stanghe d'una carretta, credendo le braccia alzate, e tutto il corpo in un'estensione forzata il suo sottorossic si ruppe e la fascia uscì dal suo luogo. Nello stesso momento si riscol un dolore vivo intorno all'anello: il suo tumore divenne in un tratto voluminoso, duro e irreducibile:

fu obbligato per tornare a casa fare a piedi sur lega e mezzo, tenendoli collo due mani la sua ernia, e procurando delle coliche violenti. Quasi tutta la giornata fu impiegata in questo tragitto doloroso. La sera il tumore era rosso al sommo: e il giorno dopo crea un leggier riuolo di color di laranza. Un ufficiale di sanità si procurò inutilmente e far la riduzione, prescrisse senza successo bagni rammoglianti, impiastri, frizioni: e infine dopo aver fatto per tre giorni tentativi inutili, mandò il malato a l'Hôtel Dieu di Provins, perchè gli fosse fatto l'operazione. Ecco qual era allora il suo stato (1).

Tumore erniario duro, voluminoso, doloroso, e di color bruno coliche violenti, accompagnate da singhiozi e gorgoglii: ronii di materie ferri, e rorrupzione completa di evacuazioni intestinali freddo delle estremità: rete inestinguibile: lingua secca: alterazione manifesta de' muscoli della faccia: polso piccolo e debole.

Non si fece l'operazione, apparentemente perchè il malato non volle, forse anche perchè si giudicò esser troppo tardi, atteso che pareva essersi la gangrena dichiarata da parecchi giorni. I sintomi menzionati di sopra persisteron senza notabile rammigliamento per lo spazio di due settimane. Diminuvono, allorchè l'evacuazione del ventre comenciò a riprendere il loro corso naturale mediante i servizi alligati: il malato poté far uso di qualche cibo: il singhiozzo cessò: ma il gorgoglio e le coliche continuaron a farsi sentir di tempo in tempo.

Dopo cinque o sei giorni di diminuzione, tutti gli accidenti ripresero le loro intencità. Si calmaron di nuovo, almeno in gran parte (in capo ad alcuni giorni quando si giunse a richiamare le evacuazioni col mezzo de' lavativi: il malato riprese a poco a poco l'appetito e le forze. Nonostante, quando nel dallo spedale dopo essersi dimesso riper un mese, solevava soccor qualche volta: non prorrea più singhiozzo, ma colamute coliche e gorgoglio quasi continuo. Il tumor dell'ernia era un po' diminuito di volume ed era restato irreducibile: ma pure comparsa molto meno dura e non gli doleva più: la pelle che lo copriva aver ripreso il suo colore naturale.

Nello spazio di circa 4 mesi che Bramont parò in casa sua, dopo uscita dell'Hôtel Dieu di Provins, ebbe gorgoglio quasi continuo e drillo coliche frequentissime che lo tormentavano specialmente quando scattava le feci.

(1) M. PAILLOT, medico dell'Hôtel Dieu de Provins, et M. CARNOT, chirurgo dello stesso spedale non voluto trasmettermi dell' particolare sulla quell'epoca dello malattia da loro operato giorno per giorno. Senza le loro obbliganti comunicazioni, questa osservazione sarebbe certamente restata incompleta sotto più riguardi, nonostante la cura con cui io avea interrogato il malato durante il suo soggiorno allo spedale dello Contia di Parigi, dove è morto.

cie. Egli era abitualmente stitico: ma tutti i dieci a se giorni era preso a un tratto da una diarrea eccessiva e da poca durata, che molto, l'indeboliva. Egli mangiava spesso e in piccole quantità. Di tanto in tanto (a degli intervalli che variavano da 4 a 8 o 10 giorni) provava anche de' vomiti di materie fecali, che anzi sempre unnonnati dalla soppressione delle fecie e da violenti dolori di viscere: questi vomiti eran quasi subito seguiti da un sollievo completo. Brumoni cominciava a riprender le fatiche del suo stato e l'abitudine del bere eccitativo. Dopo uscito dallo spedale avea un vivissimo appetito: mangiava con una specie di voracità, e non ostante dimagriva e s'indeboliva di giorno in giorno.

Verso la fine del mese di novembre gli sopravvenne dell' eufagione alla coscia e alla gamba del lato dell'ernia. Cava la stessa epoca i vomiti cessarono affatto: non gli restò altro incomodo che continuo gorgoglio e ogni tanto qualche leggera colica. In questo tempo il malato a Parigi, e fu ricevuto nelle sale di chirurgia dello spedale della Carità sulla fine del novembre 1810.

Il Prof. Boyer nell'esaminare il tumore riscontrò un idrocele: vi fece una puntura che fe' uscire da tre a quattro once di serosità limpida. Frattanto il tumore restò voluminoso e duro specialmente verso la parte superiore: e siccome l'edema delle coscie e delle gambe facea ogni giorno progressi, il malato fu trasferito nelle sale di medicina, dove io cominciai ad osservarlo.

L'edema avea allora un volume eguale in circa a un pugno rinfiato; consisteva in una piega dell'unguinale, nel davanti dell'astello inguinale e distendeva tutto il lato sinistro dello scroto. Ella era affatto irreducibile, dura e non doleva anche sotto una forte pressione. Il ventre pareva gonfio da aria, ma non dava dolori: lo stesso malato sfidava a s'egli male piggiando in tutti sensi. Avea un roto grand appetito che nel mezzo della notte spesso si sentiva un irresistibil bisogno di mangiare. Le sue mosse eran ordinariamente assai regolari, ma ogni tanto tempo avea un giorno o due, una diarrea considerevole. Tutte le sue funzioni comparivan all'orondo in buono stato, egli sentiva tutta la vivacità del suo carattere, infine non avea altro incomodo che qualche colica per intervalli, ordinariamente dopo dormire, e del gorgoglio quasi continuo, che si riproduceva alle volte anche a piacere col compimento il ventre. Egli avea paura de' legnami e de' ribi ventosi, a cui attribuiva quasi sempre i suoi incomodi.

L'edema era molto considerabile nei membri inferiori: una particolarmente nella coscia e gamba sinistra. Le parti superiori del corpo all'opposto eran comunemente magrite e la testa era assai pallida.

Il 2 gennajo quest'uomo avendo al solito mangiato con grand'appetito, e non parendo più malato degli altri giorni, cadde ad un tratto sulla mezza notte in uno stato di estrema prostrazione, e perse nel tempo stesso l'uso della parola e di tutti i sensi.

Il 3 alla visita della mattina si fu grandemente meravigliati di tanturlo moribondo: avea il respiro stertoroso allungato, il polso piccolissimo intermitente, e la faccia cadaverica affatto. Morì alle undici della mattina.

Io aprii il cadavere alla presenza di M. Fouquier, un de' medici dello spedale della Carità di Parigi.

Dopo aver disseccato la pelle che copriva il tumore si sentiva della distruzione della parte inferiore: s'era circa due once di serosità sparse nella tunica vaginale, che poi era sana, come in era anche il testicolo. Il cordone de' vasi spermatici era situato nella parte posteriore e interna del tumore.

Il sacco erniario era spesso e densissimo: appena che fu aperto, il primo oggetto che si presentò fu una porzion d'epiploon la cui estremità inferiore assai spessa, era attaccata fortemente al fondo del sacco. Dietro questa porzion d'epiploon uostrovi una porzione d'intestino, lungo da 4 a 5 pollici, la cui estremità formando un angolo acuto, era attaccata fortemente al fondo del sacco dell'ernia, e alla porzion d'epiploon nominata di sopra.

Nel luogo stesso dove era attaccato, l'intestino era considerabilmente ristretto e come strozzato: aprendolo con precazione noi vedemmo che la sua estremità poteva appena contenere l'estremità del dito piccolo, e distinguemmo facilmente sulla membrana mucosa una elcitra ripiegata, la cui larghezza variava da una mezza linea fino a una linea e mezzo. Il luogo più largo di questa elcitra corrispondeva al punto dell'adesion dell'intestino al sacco dell'ernia, e s'apriva in un piccolo cul di sacco paragonabile per la forma all'appendice vermiforme dell'intestino cieco, lungo da 4 a 5 linee, e situato fra la parete del sacco e la porzion attaccata dell'epiploon. Questo piccolo cul di sacco, che terminava un po' di mucosità nerata e mescolata di materie fecali, parte sul principio formata da un prolungamento delle pareti dell'intestino: ma dopo averlo messo esattamente allo scoperto, si vedde che le tuniche intestinali invece di prolungarsi nel suo interno, finivan insensibilmente nella circonferenza della sua apertura, di modo che l'intestino era veramente buato. Le pareti del cul di sacco eran all'interno lisce, come la maggior parte delle vecchie riviti, delle fistole.

Allontanandosi dall'orificio del cul di sacco la tunica si divideva sempre più stretta:



e infine all'estremità opposte del diametro dell'intestino, era affatto lineare e sporgeva un poco. Pareva che in questo luogo il capo superiore dell'intestino fosse leggermente ingrandito nell'inferiore, mentre nel resto della caratrice i due capi non presentavano immediatamente riuniti. Il piccolo intervallo che lasciavano fra loro, presentava all'occhio un'incavatura ben marcata, rebben'le poco profonda e poco differente per il colore l'appello dal resto della membrana mucosa. Nella faccia interna dell'intestino non si vedeva distintamente le tracce della cicatrice per ragione dell'aderenza dell'epiploon e del sacco dell'ernia. Diaterocosteli non si poté evitare di strappare la cicatrice, perchè oltre all'esser essa attaccata fortemente alle adette parti, era anche molto più debole del resto delle pareti dell'intestino.

La porzione del canale intestinale rinchiuso nel sacco dell'ernia era fermata dal principio dell'ileo. Non avea la più leggera aderenza coll'anello inguinale, che era larghissimo. La porzione d'epiploon che concorreva a formar l'ernia, era egualmente libera nel passaggio per l'anello.

Tutta la porzione intestinale situata al di sopra del punto ristretto, e attaccata era notabilmente dilatata e distesa per de' gas. Questo ristagno era anche più considerabile al di là dell'anello inguinale, e si prolungava in tutta la parte superiore dell'intestino sottile, fino a poca distanza dal duodeno. Ivi finiva bruscamente e l'intestino riprendeva, ed era tratto il natural suo calibro e l'altronde compariva perfettamente sano in tutte le parti dilatate, come anche in quelle che non lo erano.

La porzione posta sotto il punto ristretto era molto meno larga della suodisposta: non conteneva quasi punto gas. L'intestino grosso avea appena il terzo del volume della parte superiore dell'intestino tenue. Rinchiudeva in mediocre quantità delle materie fecali liquide.

Lo stomaco era piccolo e contratto su sé medesimo; non conteneva che alcune oncie d'un liquido verdastro simile pel colore a una soluzione di verdereame.

Gli altri visceri del basso ventre come anche quelli del petto non presentavan nulla di rimarchevole.

Il sistema venoso delle meningi era un po' ingorgato di sangue. Il cervello e il cervelletto erano sani. Nei ventricoli era poca serosità.

Ritornando su tutte le circostanze di questa osservazione sembrami evidente che all'epoca in cui il malato entrò nell'Hôtel Dieu di Provins, l'intestino strozzato era già colpito dalla gangrena. Doveasi aspettare secondo il corso ordinario di vedre le materie fecali farsi strada al di fuori: forse sarebbe

anche convenuto dargli uscita col coltello per far cessare i sintomi dello strozzamento, l'ano contro natura che ne sarebbe risultato avrebbe potuto guarire: e in tutti i casi la vite del malato avrebbe corso meno pericolo. Non fu fatto, e ben poco dopo bisognò rassegnarsi di quest'omissione, quando si vedde rõ che pareva impossibile sperare, la superficie cioè del tumore perdere a poco e poco il suo color bruno e ritornare al suo stato naturale. Disgraziatamente la natura fece questa volte un prodigio inutile, e questa guarigione inaspettata divenne più imminente malato di quel che verisimilmente sarebbe stata la formazione di un ascesso e l'uscita degli escrementi per la piaga. I sintomi locali dello strozzamento d'apertura, ma la coliche e il gorgoglio seguitarono. Questi incomodi erano suspirati dal minimo eccesso nel regime di vita, e degeneravano tratto tratto in un'ortina stitichezza, accompagnata da singhiozzo e vomito di materie fecali, in una parola nel tempo di cinque mesi circa che sopravvisse il malato allo strozzamento della sua ernia, provò tutta gl'incomodi che segnano ordinariamente la guarigione d'un ano contro natura, o d'una fistola stercoracea: un restringimento del canale intestinale. Aggiungasi che questo continuo disturbo delle funzioni della digestione portando un profondo danno alla nutrizione, diventò la vera e anche la sola causa della morte: il che è provato da una parte dal deterioramento progressivo che ebbe luogo, nonostante un abbondante nutrimento, e dall'altra l'esame anatomico del cadavere che non fece scoprire alcuna lesione, cui si potesse imputare la morte. Vero è che quest'uomo, sebbene fortemente emagrito, non era giunto all'ultimo grado di marasma, quando cessò di vivere: ma noi facciamo in quest'occasione osservare che nulla è più variabile dell'ordine in cui le funzioni si turbano e s'annullano nell'individuo che s'avvicina lentamente e per gradi al termine della vita. Fra quelli che muojou d'etiologia polmonare per esempio o d'altra specie di consumazione ve ne son di quelli che giungono fino al marasma di scheletro, senza provare alcun disordine notevole delle funzioni, se non forse di quelle che dipendono direttamente dal viscere essenzialmente offeso. Altri non arrivano neppure all'ultimo grado d'emaciazione e di debolezza, perchè uno strarso aieroso nell'cavità splenica, o un considerabile disordine delle funzioni della digestione (ment'altra causa che l'indebolimento generale), un'eccessiva diarrea, o qualche altra causa viene ad abbreviare i lor giorni. Infine alcuni possono ancora molto lontani dal termine fatale: tutte loro funzioni non indebolite senza esser tributate: conservano l'appetito, il sonno, il libero esercizio delle forze intellettuali, la loro

giacenza anche, quando a un tratto la morte gli soprende in mezzo a una conversazione o un desinare. Non mancano mai spiegazioni per render ragione di queste morti impensate: o si suppone esser avvenuto una filtrazione o un stordimento siero nel cervello, ora esistere un aneurisma intero o qualche altra lesione che è stata disprezzata. Ma alle volte l'apertura del cadavere smentisce tutte queste congetture, e rivelandoci le cause o gli effetti della malattia, ci lascia ignorare la causa immediata della morte: il cui ruolo molto a potere sempre spiegare perchè un tal individuo è morto nel primo o nel secondo grado d'una malattia organica, sebbene non sia sopravvenuta alcuna complicazione considerabile, mentre quell'altro con una simil lesione, non è arrivato alla morte che dopo esser passato per tutti i gradi della convulsione. L'individuo di che si tratta era giunto a quel punto di deperimento, nel quale non sempre avviene la morte, ma può però avvenire. Dopo essere stato dallo spedale di Forlino fino all'ultimo giorno di sua vita avea senza interruzione secondato il suo appetito che era sommaramente vivo. Il bisogno di mangiare era in lui più irresistibile che in qualunque altro, in apparenza per via della piccola quantità di sostanze nutritive che erano assorbite nel canale intestinale.

Se noi rievichiamo a tutti questi sintomi lo stato in che abbiamo trovato la porzione d'intestino nell'ernia, stem naturalmente condotti a riconoscere che questa parte del canale intestinale era stata divisa dalla gangrena, o s'era unita dopo una perdita di sostanza più o meno considerabile. Di fatto la cicatrice non poteva non ravvisarsi: era circolare: in conseguenza non si poteva supporre che una piccola porzione della circonferenza dell'intestino. Nella parte inferiore di questa cicatrice cioè nel luogo dove era più larga e dove s'aperta nel piccolo fondo di sacco i due capi dell'intestino non comparivano sioniti immediatamente, ma per l'intermedio delle parti circostanti, come sempre l'osserva nelle cicatrici del canale intestinale: l'epiploon e il sacco erniario servian qui di mezzo d'unione. Al contrario nella parte superiore della cicatrice, i due capi dell'intestino comparivano singolarmente immediatamente in una piccola estensione. In quanto al piccolo cal di sacco era evidentemente una cervice cieca, formata nel tessuto cellulare denso che serviva di mezzo d'unione fra l'epiploon e il sacco dell'ernia. È probabile che fosse stata un tempo molto più considerabile, e che si fosse ridotta a poco a poco in se stessa, poichè avea un facile sgorgo nell'intestino. Potea considerarsi come un resto dell'imbuto membranoso, o della piccola cavità che si forma col resto del sacco erniario, e che serve per un

certo tempo dopo la separazione delle parti gangrenose, a mettere in comunicazione i due orifici dell'intestino diviso, come il sig. prof. Scarpa ha sì ben dimostrato. Ma qui l'estremità dell'imbuto invece d'aprirsi nell'ingrossa, come occlusi ordinari, termina in un piccolo cul di sacco nel tessuto cellulare. Le valvole constrictorian pochissimo marcate in vicinanza della cicatrice. Si vedeano in alcune piccole porzioni del capo inferiore dell'intestino, a una certa distanza del restringimento, alcuni rasi capillari sanguigni iperplastici. La membrana mucosa d'all'interno non presentava alcuna alterazione, non meno che le altre tuniche dell'intestino. Una circostanza che parveci rimarchevole si è che l'anello e il collo del sacco dell'ernia eran l'uno e l'altra assai larghi, e non eran neppur lievemente uniti all'intestino né all'epiploon. Quest'ultimi visceri non eran attaccati che al fondo del sacco, vale a dire nel luogo corrispondente alla cicatrice dell'intestino. In questo luogo il sacco era più spesso che altrove.

Il pezzo patologico fresco, fu sottoposto all'esame della società della facoltà medica, e poi deposto nelle collezioni di questo stabilimento, dove può ancora vedersi. Fu egualmente esaminato nello stato di freschezza da molti medici e chirurghi esercitatissimi nelle sicerche anatomiche, fra quali io citerò M. Lassarac medico di S. A. E. Moos, Cardinal Pasca, e MM. Delenc e Lefranch, dottori in chirurgia: niuno allorchè dubbj sull'esistenza della cicatrice da me descritta.

Da tutto quel che precede, credo poter conchiudere che all'epoca dello stordimento dell'ernia, quando il tumore era diventato livido e neastro erasi stata caotica d'una porzione d'intestino: che in seguito questa medesima porzione erasi separata, e che i due capi dell'intestino diviso eransi riuniti contrando dell'aderenza col sacco dell'ernia e l'epiploon. Frattanto è certo non esservi mai stato ascesso o piaga esterna: oltre che non si vedea nel tumore ne nei conorni veruna apparenza di cicatrice, il malato che io avea interrogato con cura, erasi in questo riguardo spiegato in modo sì più positivo. Poco soddisfatto della di lui testimonianza m'indirizzai a M. Caumon, chirurgo in capo dell'Hôtel Dieu de Provins, che mi volle con unire sulla malattia di Bonmont le particolarità di cui ho fatto uso nell'osservazione sopra riferita. Risulta da questi rapporti che mai si formò ascesso nell'ernia, e che il tumore non soffrì altro cangiamento che un aumento di volume assai considerabile, che persiste dopo che sparirono i sintomi della cancerosa. Dopo la stessa epoca fu sempre irreducibile, il che senza dubbio dipendeva dall'aderenza che l'intestino e l'epiploon avean contratto col fondo del sacco dell'ernia.

Frattanto è naturale il domandare che avvenisse della porzione d'intestino gangrenato: lo penso che fosse rigettato fuori per le mosche ed ecco come a mio parere può aver avuto luogo la cosa. Si formò a suoi o dopo lo sviluppo della caverenza una *intussuscezione* dell'intestino ciorbiuto nel sacco dell'ernia. La porzione invaginata essendo stata sola affetta di necrosi fu trasportata con gli asceamenti nel grosso intestino ed al di fuori. Dietro il meccanismo ordinario di questa sorta di *intussuscezioni*, e facile il concepire come dopo la separazione delle parti gangrenate, le due estremità dell'intestino deciso dovessero necessariamente trovarsi in contatto, e nelle relazioni le più favorevoli per la formazione della cicatrice. Peraltro non s'abboccarono esattamente, poiché formossi una strascia di materie fecali, che fu circoscritta dalle aderenze dell'intestino e dell'epiploco al sacco dell'ernia, e di cui il piccolo cul di sacco era evidentemente un resto. Sembra veramente che questa materia fecale che si era versata dovesse formare un ascesso e farsi strada al di fuori: e questo è quel che si accadde per l'ordinario, e quel che avverrebbe quasi in tutti i casi simili a questo di cui si tratta. Ma nelle sue operazioni le più costanti e le meglio determinate la natura qualche volta s'allontana dal suo cammino ordinario: sembra che qui l'ascesso a cui detto luogo lo strascio delle materie fecali, trovando uno sgorgo facile nella cavità dell'intestino, non facesse progressi di flogosi: che dopo aver suppurato, in più o meno tempo, si riassorbì e poco a poco e facesse il medesimo corso degli ascessi ordinari aperti alle superficie del corpo. Del resto non è la prima volta che si son vedute delle materie fecali di course molto tempo nel tessuto cellulare, senza aprirsi un'uscita al di fuori. Ecco un esempio assai rimarchevole, che è stato messo da M. BOUCHARD, nell'antico Giornale di Medicina.

Un soldato svizzero acce da undici anni una gonfiatura del lato sinistro dello scroto, che era venuta per causa d'un ascesso. Nell'alzare un pezzo di leguo questo militare avea sentito nell'inguinale sinistra uno scricchiolare accompagnato da un vivissimo dolore: poco tempo dopo un piccolo tumore erasi manifestato al di sotto dell'anello inguinale. Acci aumentato in seguito il volume, ma in modo assai lento. Quando M. BOUCHARD lo vide per la prima volta era in poco tempo cresciuto considerabilmente per conseguenza d'una materia forata: era giunto al volume d'una piccola zucca, sebbene il malato non aveva trattenuto di portare un compresso. Era molle e pastoso: palpalolo si credea di

cionoscere nell'interno un fluido molle stravasato, e distinguersi nella parte posteriore il cordone spermatico e il testicolo che parevan muoversi. Del resto non doleva, e non era mai doluto se non nel primo tempo il malato era senza febbre, e stava d'altronde bene. Più chirurghi avendo esaminato il tumore furon indotti sulla sua natura, e unopinione proposero d'aprilo. Dopo aver innanzi la pelle in una grand'escisione, non restaron poco sorpresi nel trovare il tessuto cellulare dello scroto ricoperto di *sarcomenti* secchi induriti, simili a del *fieno marcito*, che si levò per strato, come una *schiuma* di pasta sfoglia; ve n'era circa due pugni. Il tessuto cellulare avea acquistato una densità consistente, e formava una specie di *cuoi grosso* che si levò quasi interamente col bisturi. Succome non v'era suppurazione e le parti non danno dolore si credè di dover medicar la piaga con un digestivo un po' fofo, e sorprende con piumacci lutini in una neccellana d'acqua di calce e acqua vulneraria. I primi giorni non sopravvenne verun accidente: la suppurazione cominciava a formarsi ed era d'un colore giallastro. L'ottavo giorno il malato provò alcuni dolori di ventre che non furon calmati ne colacativi, ne non delle fomme ammoniache. Il decimo giorno fu preso da una fortissima febbre: gli fu lavato sangue due volte, innalzando sempre sui vizi antilogistici. Ben presto la suppurazione si sopprime intemete, sopravvenne una diarsa eccessiva, e il malato ridotto in pochissimo tempo in uno stato di estremo affievolimento, spirò il 20 giorno dopo l'operazione. All'apertura del suo corpo si riconobbe che le materie fecali che con stata trove e nello scroto eran uscite da un'apertura dell'intestino ileo, che trovavasi buco solo in una piccola parte della sua circonferenza nell'anello inguinale sinistro. Questa lussura dell'intestino era ovale e avea quattro linee di diametro (l'autore non ne fa più lunga descrizione). Il resto del canale intestinale era nello stato naturale.

« Fa meraviglia, dice RICHTER (1) parlando di quest'osservazione di M. BOUCHARD, che non lo strascio delle materie fecali non abbia prodotto infiammazione ne necrosiione alcuna della pelle dello scroto. » Frattanto ci non uga il fatto: ma pensa che debba esser sommamente raro, e propo di dargli il nome di fistola stercoracea occulta. Questo caso differisce essenzialmente da quello da me osservato poiché l'intestino fuocen d'emer diviso per la caverenza, è stato solamente un po' buco, e che per conseguenza non può sopprimi che una porzione di questo canale sia stata invaginata, e poi espulsa per successo: me

(1) Trattato dell'ernia, tradotto da M. ROUGERANT, c. XXX. pag. 173 in 4.<sup>o</sup>

noi vediamo qui ancora un esempio di stravasamento di materie fecalmentizie nel tessuto cellulare dello scroto, e non avendo comunicazione che colla cavità dell'intestino. Simili casi sembrano, è vero, fare eccezione alle leggi della natura: ma non son meno utili ad esser conosciuti poiché non può contestarsi che ciò che è avvenuto una volta, può avvenire anche in seguito.

Se il vomito alla causa dell'invaginazione dell'intestino che è stata osservata frequentemente nella passione iliaca e in altre circostanze, si vede essere essa sempre l'effetto d'una forte irritazione del canale intestinale prodotta pel solito da' vermi, e alle volte anche da una senza vermi, come io lo proverò ben presto con degli esempi. Non è dunque da maravigliarsi che sia successa in un uomo che ha sofferto l'intervista la più violenta dell'intestino, essendo stato obbligato di fare a piedi una lega e mezzo con un evaso strozzato.

Non potrebbe restare alcun dubbio alla proposta d'invaginazione, se la porzione del canale intestinale che io vedo invaginata e poi separata per la cancrena, fosse stata ritrovata nelle materie fecali. Ella non lo è stata ora perchè non sia stata cercata, come è probabilissimo, ossia che sia stata evacinata in uno stato di decomposizione che non permettesse il riconoscerla. Io supplirò a questa prova, la sola che manchi, riportando un altro fatto dello stesso genere, dove ella si trova riunita a tutte le altre: cioè un'ernia ombelicale strozzata e gangrenosa, nella quale una porzione considerevole d'intestino, essendo stata isolata per la cancrena, fu evacuata per scroto. Io farò parlare da sé l'autore che è M. MULLOR, vivente e Russo, affinché non vi sia luogo a sospettare che il fatto sia stato in qualche modo o esagerato o alterato passando per la bocca di più persone.

« Il 26 floreale passato (su. 3.<sup>a</sup>), io fui mandato, dice M. MULLOR (1) da una donna di 56 anni, da un numero d'anni soggetta all'ernia di natura ombelicale che aveva portato più volte degli accidenti gravi, e che ricadesse per le ricadute cause giacche nello spazio di 15 anni che so per la confidenza della malata, aveva fatto più di cento volte la riduzione del-

l'ernia, che non potea esser contenuta da alcuna allacciatura. Trovai questa volta il tumore più grosso del solito: s'era anche di più somito di materie fecali considerabile o frequente. Vellai farne come il solito la riduzione, ma non potei riuscirci interamente. Prescrissi l'applicazione sul tumore d'un cataplasma emolliente, e di tanto in tanto delle docciature per procurar di sciogliere lo strangolamento, e di fare la riduzione, come feci facilmente alcune ore dopo. Io non lessi sangue alla malata, perchè s'era molli indizi sfavorevoli. Gli accidenti continuaron, nonostante che le parti fosser rientrate, e vredei dopo ciò che esisteva uno strarromento interno. La malata fece anche il giorno dopo degli escrementi e di sopra e di sotto. »

« Nei tre giorni seguenti continuò il vomito, le materie vomitate non eran più che viscose. Il quinto giorno la malata parendo più tranquilla, fu presa da un singhiozzo quasi continuo, da mancamento e sincopi frequenti il che mi fe temer di cancrena. Io non dubitai più allora della morte della malata, che restò in tale stato fino all'ottavo giorno. A quest'ultima epoca, si formarono due escare gangrenose due dita trasversi al di sotto dell'ombelico, e una terza sul centro di esso, che mi confermò nell'opinione, che si fosse internamente gangrena. Non si fu interruzione nelle evacuazioni la malata ogni giorno avea i suoi sgravi. Io m'opposi alla cancrena con tutti i mezzi indicati dall'arte, e vidi con piacere e capo di quindici giorni le scroto stracciarsi, e la piaghe disposte a vicariarsi. Il sette Fratile, la malata ebbe una mossa copiosa, nella quale la guardia mi disse che aveva fatto una specie di vesica. Avendo chiesto di veder questo corpo, io fui estremamente sorpreso nel riconoscere una porzione d'intestino di circa 15 a 16 pollici di lunghezza, la cui sezione era stata fatta completamente alle due estremità: ed era accompagnata in tutte le sue lunghezze da una porzione di mesenterio quasi senza alterazione (2). Quest'avvenimento straordinario mi fe credere che vi fosse stravasamento di materie nel basso ventre: me mi ingannai, perchè non v'era. M. M. BERNER e ROUSSEAU, medici distinti di Rouen, e vider

(1) *Bullettino des Sciences, par la Société Philomatique*, n.º 46. IV, année, nivose an. 9. — *Quest'osservazione rara e tanto più preziosa in quanto che la sua autenticità non può esser messa in dubbio, ero fino a oggi quasi interamente ignorata: non ne era comparso che un estratto, per lo verità assai esteso, nell'opera periodica citata. Io non l'avrei probabilmente conosciuta, se M. DU KENT non avesse avuto la bontà d'indicarmela, quando lessi questa Memoria alla società della Facoltà medica. Debbi a questo prof. il vantaggio di poter citare il testo dell'osservazione di M. MULLOR, dietro il manoscritto autografo deposto negli archivj della Società filomatrica.*

(2) Questo pezzo fu mandato al Prof. M. DU KENT, che in esso riconosce indubitabilmente una porzione del canale intestinale, e lo sottopone all' esame di molti savj in una delle sedute della Società Filomatrica.

meco la malata, e esaminaron quel che ella avea fatto. Io v'era l'interiorio di chiare molli de'miei compagni: ma la malata contrò delle vire inquietudini quando glien parlai, onde io cingiai pensiero. Mi contentai di fare il racconto della malattia ad alcune persone dell'ist'ist, e di mostrar loro la porzion d'intestino che era venuta per soccorso. »

« La malata andò meglioando fino al 28. pralir, allorchè fu assalita da una tosse convulsa, accompagnata da una vomita di urinario viscoso che duraron tre giorni. Ritornò a ter sarglio e continò per circa a tre settimane. Ritornò un po' d'appetito, gli alimenti solidi presi in una quantità moderata portavano frilimento: le bevande erano quel semper rigittate. In quest'intervallo la malata si levava nel suo appartamento e si sentiva brece. Uscì due volte per respirar l'aria di fuori, crendo che era cosa al benard. Ma il 6.º giorno delle sue malattie fu presa di nuovo dalla sua tosse convulsa con vomito di urinario viscoso, e questo durò per tre giorni. Ritornata più in calma, prorò frequenti emaligierarsi, il ringugliarsi, delle rimpicci, delle mananze, o finalmente il 65.º giorno della sua malattia o 44.º dopo aver fatto per secreto la porzion d'intestino, morì. M. LARROUSSE, chirurgo maggiore dell'Hôtel Dieu di Rouen, conosciuto al vantaggio di far noi in tutta l'Europa per le sue vire rognizioni in anatomia, essendo stato intruito delle principali circostanze della malattia, si incaricò di aprir egli stesso il cadavere, curioso di saper con qual mezzi aver la natura riparat e la perdita d'una porzione così considerabile del canale intestinale. »

« Trovammo le due estremità dell'intestino perfettamente riunite: parrano legarle a becco di frusto, ed aggittate esattamente l'una sull'altra in questo senso. Il punto di riunione aver contratto delle forti aderenze col peritoneo, dal lato sinistro dell'ombelico, anzi v'erino il muscolo ombelicale: nonostante la cavità dell'intestino non era sensibilmente ristretta, anzi nel luogo della ristrettezza non eravi neppur la più leggera terrea di ristretto. La porzione mancante apparteneva al diguno e all'ileo. Gli intestini eran colpiti di ascesso in alcuni punti assai lontani dalle riunioni operate. »

« Io non credo, raggiunge l'autore, che questo fenomeno sia l'opera della natura sola: mi immagino d'aver io il tempo del taxi invaginato l'intestino, che probabilmente in seguito dell'infiammazione cagionata dallo stesso invaginato area contratto delle aderenze al di sotto della porzione che era protuberanza e cercando di ridur le porzioni inte-

stinali le ho fatto entrare l'una dentro l'altra, e che quindi ne risultò un nuovo strangolamento della porzion ridotta, e la sua uscita per l'ano. »

Ecco il fatto raro e interessante narrato da M. MULLER Ilmoine e la giunta celebre di molti uomini che ne son stati testimoni gli danno, per quel che me ne pare, un carattere d'autenticità che molto ne accresce il prezzo e che mi dispensa d'entrare in lunghi ragionamenti per provare che la porzion d'intestino rigettata per stesso non era nulla di corrire con quelle concrescizioni anormali che ha al spesso tratto in inganno gli osservatori (1), e che son stati periti ore per la membrana mucosa di bronchi, ora per quella del retto o della vena. A questo tempo e in mezzo alla facoltà medica di Parigi non si può darsi in simili sbagli il sig. proteo. Duxart, erba ancor memorata di questo fatto: ei si rammenta che avendo esaminato il pezzo con molte attenzione e soprattutto con quella diffidenza ispirata dall'istinto di una cosa straordinaria, non poté non riconoscere una porzione dell'intestino sottile e del tenue. Sapponendo che questa porzion d'intestino non fosse stata trovata negli stessi, mi pare che in questo caso, come nell'osservazione di Bismont, si sarebbero evitate delle frili ragioni per credere che una parte del canale intestinale era stata distinta dalle reattanze, se si fosse esattamente rivisitati i sintomi della malattia: si trovano occorrevoli all'apertura del cadavere. Qui l'infiammazione errenosa degli involucri dell'istmo non finì per risolversi, come nell'osservazione di Bismont, poiché si formarono più essere considerabili: ma bisogna osservare che lo calare di questo erote non volle illo scoperta l'intestino: che la porzion incanconita di questo canale non ebbe altre conseguenze colle piaga, e che restò interamente per sereno. In conseguenza due casi si ravvisano esattamente, e possono richiarsi e commentarsi per così dire l'un l'altro. Le conseguenze dettate da M. Muller dalla sua osservazione son molto analoghe a quelle che io ho derivate dalla mia. Quanto all'invaginato che egli attribuisce per l'invaginazione dell'intestino il taxi, io non saprei decidere fino a qual punto sia fondola una tal congettura. Tuttavia io son inclinato a credere che le invaginazioni d'una parte del canale intestinale rinchiuso nell'istmo hanno luogo nell'istmo a misura e per le stesse cause che quello che seggono nelle rivisti idiomane. Questo mi sembra a dir qualche cosa di quell'ultimo.

Dopo aver provato che i frammenti orien-

(1) *P. fra gli altri Tulpio l. III. c. XVI. e l. IV. cap. IX.*  
SCARPA Vol. II.

veri nei casi d'ernia di cui ho parlato, non possono in altro modo spiegarsi che per l'invaginazione d'una parte del canale intestinale, non resta a far vedere che fenomeni simili o almeno assai analoghi non sian stati osservati nel voluolo reattornia. Alcuni degli esempi che son per riferire di questa malattia reattornia nel tempo stesso a confermare ciò che ho avanzato di sopra, che l'invaginazione d'un intestino può esser determinata da una violenta irritazione proveniente da causa esterna. Io comincerò da un'osservazione curiosissima di M. Joun Bowen di Doucarras, fur un voltaio, in seguito del quale il malato rese per sccesso una porzion d'intestino lunga da 14 pollici. Io compendierò il fatto più che potro senza romper nulla d'essenziale.

Fal. Coors (r), giornalista, in età di 40. anni, avendo preso del vino, e raversito da una vettura, di cui una rotta gli porse nel ventre fra l'ombelico ed il pube senza fargli piaghe. Tosto dopo l'avvenimento, dolori eccessivi di ventre, gonfierez e durezza di ventre, rinascia ogni tanto tempo, polso frequent e debole. Fu prescritto un salasso, e una soluzione di rolfato di magnesio. Il giorno dopo il malato resta riguardo per la sua situazione si leva e vuol rimettersi in cammino ma non può ritrarsiarri che con pena e provando vivi dolori. Le migliaie nel ventre, le fomme e alcuni leggeri labricatori calmano alfin le sue pene, e in una quindicina di giorni si trova alfine in grado di camminare un poco: ma prova una sensazione di peso nella regione ombelicalle, e il poco riba che prende gli cagnoni delle digezioni peoor. Il tredicesimo giorno della malattia esalta la sera sedato presso il fuoco tale e un tratto in anorato di debolezza tale che obbliga a portarlo a letto, dove resta per dieci minuti senza riconoscimento. Il giorno dopo garri all'istesso ora, provo di nuovo una riarope simile, e il giorno seguente rese per sccesso una porzion d'intestino lunga da 14 pollici, che parte provenir dall'ileo, e che era accompagnata da una parte del mesenterio che s'era ancora attaccato. Immediatamente dopo ebbe una ionea liquida molto più abbonante di ogni altra di quelle che avea avuto dopo la sua disgrazia: le evacuazioni furono per tre settimane sciolte. Dopo comparse sotto l'ombelico un tumore che s'apri in capo a qualche settimana, e che sgorgo a una gran quantità di materie giallastre, avente un legger fetor di escrementi. Il ventre era qualche volta romamente dritto per l'aria, e allora nel tempo della medicatura la materia dell'ascasso era coccia a un gran distanza. Frattanto il malato riprese a poco a poco le sue forze, e

sei mesi dopo la disgrazia fu in stato d'indare a lavorare. Ma al principio dell'inverno seguente, si formarono successivamente quattro nuovi ascessi che tutti s'apirono. V'erano allora cinque aperture fistolose, due delle quali situati un po' sopra al pube due sopra al legamento di Poupart, e una un pollice e mezzo sopra il bellico. Quere aperture continuaron a rupperse quando più, quando meno. Come dalla porzione intestinale incarcerata le materie fecali non si riano versate nel ventre; come questa porzione medesima ha potuto introdarsi nel capo inferiore dell'intestino per esser progressivamente condotta fuori? Ho già detto non poter tolto ciò concepir in altro modo che per l'invaginazione della porzion d'intestino incarcerato. Ma non è questa ancora che una congettura: e per quanto possa esser probabile, non può però tener luogo d'una completa dimostrazione: poichè la natura può aver delle risorse che noi non conosciamo: e per non poter noi concepir la cosa che in questo modo, non ne rguie che abbia dovuto avveaire così. Perché l'opinione emessa forse provata fino all'evidenza, bisognerebbe poter metter sotto gli occhi del lettore della invaginazione del canale intestinale, nelle quali la porzion d'intestino invaginato fosse manifestamente ritrattata d'un rosso livido, o anche digia giallato. Ora io creio che le seguenti osservazioni soddisfaran pienamente a quest'oggetto. Conoscerò dal riferir per prima la più completa e la meglio compilata m'e rila comunicata da M. MORTARD MARTIN dottor di medicina della facoltà di Parigi.

« Un bambino di circa un' anno forte e di buona costituzione, attaccato a genitori ricchissimi e allattato da sua madre area costantemente goduto d'una buona salute, quando, senza altra causa conosciuta che d'irraglio della dentizione, fu assalito da dolori seguiti da diarrea e da vomito. Il latte era rigettato poco tempo dopo che il bambino era stato riaccolto dal seno: gli altri cibi per cui si volle rimpiazzare il latte faron parimente vomitati. Nel primo giorno si ripeté di moderar questi accidenti con de' leggeri emoliparmodiri e de' lavativi calmanti. La notte fu cattivissima: non dormi punto: l'agitazione, le grida, le pianti e gli altri accidenti aumentarono. Il giorno seguente cessò la diarrea: ma il bambino fece per il tutto una gran quantità di sangue puro, dopo aver raddoppiata le coliche. Frattanto il ventre rimase trattabile, rebbe fosse più voluminoso del giorno avanti. Siccome l'emorragia dirottava rmpre più abbonante ed erano tali diti de' lavativi al bambino prima che avesse arinto luogo, si pensò che potesse er-

sere avvenuto ne' moti che potea aver fatto il bambino d'aver offeso l'intestino retto colla ranna. L' emorragia era sì abbondante che fu creduto necessario di tamponare, il che fu fatto verso la dieri della mattina. Un' ora dopo circa fu cacciato fuori il tampon e fu seguito da una quantità di sangue che fu volata sei once. Allora tardando il ventre si riconobbe verso l'ipocondrio sinistro un tumore che non era ancora stato rimarcato. Nelle giornate seguenti continnerono, e tutte le bruciate senza eccezione furono rigettate, rebbene il bambino le prodesse con una specie di aridità. L'emorragia dall' uero continuò, il ventre si meteorizzò le forze diminirono rapidamente, e il bambino morì nella notte.

« Nel tempo di questa malattia non ebbe convulsioni. »

« L'apertura del cadavere fu fatta dal MM. Monod-Martini padre e figlio, in presenza del profess. M. Baubetocque e di M. Jeanot nipote. L'esterno del corpo non presentava altra cosa singolare che una pallidezza estrema e un considerevole meteorismo del ventre. Si venne all'apertura di questa cavità, la sola dove potesse aspettarsi, dietro i sintomi osservati nel corso della malattia, la sede della morte. Il peritoneo era nello stato naturale, non v'era traccia di rietosità. Gli intestini tenoi distesi da una gran quantità di gas erano leggermente infiammati. Sollevandoli dal lato destro scoprimmo di non trovare il cieco nè la porzione ascendente del colon; ma fu osservata una specie di nastro bianco, sottilissimo, fortemente teso, formato da una piega del peritoneo. Questo nastro era sospeso dalle circonvoluzioni degli intestini sottili; si stendeva dalla fossa iliaca destra fin verso la gran sacrotura dello stomaco avra: nella sua estremità un pollice e mezzo di larghezza, e preso a poco un quarto di pollice nel mezzo della sua estremità. Seguitando questo nastro si vide che veniva a soffermarsi con un tumore, che come s'è detto era stato fatto a traverso la parete addominale vivente il malato. Questo tumore situato nell'ipocondrio sinistro, sotto il fondo dello stomaco, aveva la forma e dietro gli intestini sottili, aveva il volume d'un uovo di gallina. Era evidentemente formato da un muro d'intestini trincerati all'istigella e invaginati fra loro che non si poté giungere a svilupparli che in parte e anche con gran fatica perchè erano già fra loro contratti delle aderenze. Ecco la relazione in cui si trovavano fra loro. L'invaginazione era doppia, cioè il cieco che era lasciato in regione libera e aveva nel suo interno ricevuto le porzioni ascendente e trasversale del colon, e la rubeola invaginata con tutte la massa intestinale che conteneva, nel principio delle porzioni discendenti del colon. Ciò che fece

conoscere questa disposizione si fu dovuta parte la continuità della superficie intestinale tumore del colon discendente, e dell'ileo la porzione dell'ileo continua al cieco, che faceva parte del cieco, e l'altro accompagnato nel suo spostamento. Seguitando questa porzione dell'ileo arrivammo all'unione di quest'intestino col cieco, dopo che s'ebbe isolata senza fatica la porzione del colon che lo ricopriva. A prima vista eravamo che il cieco formasse l'orlo esterno del tumore e rinchiusa se solo tutte le viscere invaginate, il che parva che l'ileo fosse in continuità coll'invaginato esterno. Ma quest'apparente continuità non doveva ripetersi che delle forti aderenze formatesi fra il colon e questa parte dell'ileo. Quando si volle cercare l'apparato vascolare, si riconobbe la continuità della superficie esterna del tumore colla porzione discendente del colon se ne distinse allora la rubeola che nistrava il colon all'ileo, e scoprimmo il suo rivestimento la continuità dell'ileo col cieco. Le aderenze dicevamo sempre più forti: noi non potemmo quindi sviluppar di più il cieco. Leghiamo a traverso questo tumore e lo avremmo che il colore ne era frangente molto più rosso: tutte le porzioni d'intestino invaginate erano manifestamente infiammate. La porzione dell'ileo contigua al cieco era trincerata stretta, che per l'irritazione di due a tre pollici non aveva più gran calibro d'un uovo. La membrana viscosa del colon discendente era fortemente rossa, oltre che era ricoperta di sangue rubeolo liquido. »

Questo fatto si offre l'esempio d'una invaginazione delle più considerabili che sieno mai state osservate. Si concepisce che in simil caso, quando entrò la porzione d'intestino invaginata fosse rapidamente ingrossita, e si appassire nel modo il più completo, non si sarebbe da aspettarsi guarigione, perchè queste porzioni sarebbero troppo considerabili per servirsene dall'altro lato gli spostamenti considerabili di più parti del canale intestinale e il loro allontanamento non darebbe luogo a ripara lo stabilimento del corso delle materie fecali. Ma pel nostro oggetto si può sinuare nelle precedenti osservazioni che tutte le porzioni dell'intestino invaginate erano manifestamente infiammate, che lo era più del resto del canale digestivo: ora siccome un intestino infiammato è più di qualunque altra parte esposto alla rubeola, dee presumersi che se l'infiammazione avesse fatto nuovi progressi, le porzioni invaginate sarebbero state mortificate e si sarebbero separate dalle altre.

Il prof. M. Duméril insieme con M. Deshayes ha visto un caso analogo al precedente, in cui però la natura era più sulla via delle guarigioni. Di fatto la porzione d'intestino

stima invaginata non avea che circa due pollici di lunghezza, ed era già interamente inarcaricata. La mortificazione era sì ben circoscritta che non fu nata che dopo aver sviluppato tutta la porzione invaginata. Il soporito di questa osseriazione era un bambino di 15 mesi morto con tutti i sintomi del colera.

Finalmente ecco un fatto che mi sembra contraddire anche più degli altri tutti, sarebbe non sia d'accordo con tutte l'esattezza che si potrebbe desiderare. Esista pubblicata da M. THOMAS BELLARD, chirurgo di uno de' principali spedali di Londra.

Un bambino di cinque mesi (1), essendo venuto fino a modesta età in perfetta salute, fu preso a un tratto da vomiti, le sue evacuazioni si soppressero e dall'anno non fece più che un po' di materia mucosa. Alla di più, s'aggiunsero, altri sintomi che indicavano un *volvulus* detto *d'ar delle finzioni intestinali*. Il giorno dopo, insorsero delle molestie umorose, per peccato del sangue quasi puro; l'addome divenne teso, e palpato sentivasi dal lato sinistro un tumore del volume d'un uovo. Il terzo giorno si manifestò il singhiozzo, continuò fino alla morte che avvenne il quinto giorno sulla sera.

All'apertura del cadavere si vide che il tumore che si era sentito dal lato sinistro attraversa le parti dell'addome, era prodotto da una *intussuscezione*. Sei pollici circa dell'intestino ileon, il terzo colla sua appendice, il colon ascendente e la sua pancia trasversa erano rannunziati nella curvatura sigmoides del colon, e si prolungavano fino nel retto. *Tutto le parti invaginate erano in uno stato di perfetta strangolazione e orioluzione intera*. La parte inferiore dell'ileon in un' estensione di circa di più di dodici pollici si distaccò sotto della intussuscezione, era un po' infiammata; ma gli effetti della rannunziazione si ristabilirono limitati all'intestino invaginato, che, per la costituzione del bambino non stata abbastanza forte per resistere alla separazione delle parti mutilate, l'infiammazione che accompagna sempre questa separazione avrebbe senza dubbio prodotto l'azione dell'ileo colla parte inferiore del colon; la continuità del canale intestinale sarebbe stata mantenuta, la parte separata sarebbe inevitabilmente uccisa, e il bambino sarebbe ristabilito.

Si vede che M. THOMAS BELLARD non dubita

ve alcun dubbio sur un punto di patologia che mi sia proposto di stabilire in questa memoria, cioè che, nel caso d'invaginazione d'intestino, la parte invaginata può esser colpita da necrosi, separarsi completamente, e morire per secesso, senza che resti interrotta la continuità del canale intestinale ecc. Questa osservazione compieisce di piena via la straordinaria che non fu dovuto meritare alcuna fede quando non era fondata che su di una osservazione isolata; quindi ho creduto resa utile il cinnier un seguito di fatti che mi son pueri propri a dimostrarla completamente. Già HENRI (2) testando delle diverse cause della *passione ileaca*, avea ripartito due o tre esempi di questa malattia, in quali una porzione più o meno considerevole del canale intestinale era stata resa per secesso. Essendo questi fatti stati ammessi dall'Accademia, era senza dubbio difficile il negare l'autenticità; ma potes temerai che non fossero stati male interpretati, come tanti altri fenomeni patologici che per lungo tempo hanno indotto in errore i più abili osservatori. Per metterli al coperto d'ogni contestazione bisognava seguire in qualiv' modo posso il raso della natura in queste singolari malattie; bisognava mostrare successivamente una porzione di intestino invaginato e strangolato, dopo naturalmente invariabilmente in questo stato d'invaginazione e su fur affatto separata e trascurata con le materie escrementizie; bisognava di più dimostrare sul cadavere le tracce della distruzione di questa parte del canale intestinale. Questo non era per me che stato fatto, ed io mi son provato a farlo.

Del resto non era questa che una parte accessoria del mio lavoro: il principale scopo propostomi è stato di ravvivare al voluta con concretezza i due casi d'osservazione al principio di questa Memoria; ed ho voluto con questa avviluppamento provare, che una porzione d'intestino rinchiuso nel sacco rannunziato può, come tutte le altre parti del canale intestinale che son libere e ondreggianti nella cavità addominale, formare un *invaginazione*; e che questo caso è qualche volta seguito da una *strangolazione* che fa luogo alla necrosi della porzione invaginata, alla sua separazione ed uscita per secesso; osservazione nuova, dalla quale risulta un modo di giustificazione dell'enter con cancrena, che non era stata sospettata fino a questo giorno.

(1) *Tramissioni medico-chirurgiche della società di Medicina e di Chirurgia di Londra* ed. cit.

(2) *Memoria dell'Accad. reale di chirurg. loc. cit.*



# AGGIUNTE ALLA PRESENTE EDIZIONE

## MEMORIA IX.

SOPRA UNA PARTICOLARE CONDIZIONE MORBOSA DEL SACCO ERNIARIO

DEL CAVALIERE CONNEVDATOR

PIETRO BETTI

Uo dei più diligenti scrittori delle materie chirurgiche, il BICHMAN, non lasciò d'avvenire, come in occasione di ernia inguinale, esaminando il sacco erniario fuori del ventre, dopo che i prolapsati intestini furono circondati e mantenuti nella cavità dell'addome, divenisse talora sede di un'acquosa serozia, e come questa per la sua particolare ubertosa e lungo il cordone spermatico, potesse in qualche caso indurre dubbiezza in chi l'esplorò, fino al punto da tenere sospeso il dubbio nel determinare se si trattasse d'un ordinato idrocele diffuso del cordone spermatico, o se veramente la malattia consistesse nel semplice idrocele del sacco erniario. In tale perplessità si trovò infatti il LARONX, allorché ebbe a curare un individuo, che portava un vasto tumore acquoso ad uno dei lati dello scroto, che la sezione gli dimostrò essere costituito da una triplice caverchia acquosa, contenuta in tre sacchi distinti, ed una delle quali era nel cellulosa del cordone spermatico, l'altra nella vaginal propria del testicolo, l'altra in fine in un'altro cavo erniario esistente da quel lato medesimo. Ciò poi, che maggiormente si desiderava nell'esso enunciato, quello sì è, che il diligente osservator poegiano, non si abbia fatto parola del modo, con cui esisteva l'acqua entro al sacco erniario; se era, essendo permanentemente tumido per via il collo dell'auto ricettacolo dell'acqua, l'acqua si versava, senza indugio, dallo scroto into al ventre, o se, venuto a chiudersi per qualsivoglia eridotal emulazione il collo del sacco medesimo, l'acqua eraolta formetasi dentro di esso, avesse assunto il carattere di un' idrocele del cordone spermatico

costantemente immobile nella sua sede. Il quale ultimo modo potendo effettivamente avvenire, per ciò che ne mostra l'osservazione, ed essendomi io pure imbattuto a vederlo sotto una forma, che mi sembra non osservata finqui, o almeno non descritta da alcuno, stimai che non sarebbe reputata opera affatto perita il consegnare un ricordo negli archivi dell'arte.

Un robusto aetigliano nell'età di circa sessant'anni portava, fino dalla sua fanciullezza, un tumore inguinale, che dall'ingombe destra discendendo into allo scroto, e sovrapponendosi nel suo tragitto al cordone dei vasi spermatici, si estendeva fino al punto d'inserzione di essi nel corrispondente testicolo, il quale riscontravasi patentermente alla parte inferiore del tumore medesimo. Aveva esso tutto l'aspetto, e la inclinazione di un'ernia inguinale volgare esterna, colla speciale particolarità però di non contenere entro di se, che un fluido, non espugnabile colla pressione nell'addome, comunque l'epie del tumore, per cui emulo tutto il tragitto del canale inguinale si sentisse manifestamente corrispondere all'ocifizio superiore, ed interno del canale medesimo.

Raccontava inoltre quell'individuo, che per un lasso di anni esso tumore (che da altro chiavego era stato giudicato per un'ernia intestinale) scompariva durante il dormire nel letto, ferve sentiva dentro di se un manifestato gorgoglio di aria, quando era occupato dall'intestino fuori uscio, e mantenevasi poi costantemente ridotto colla premessa appozione del cinto erniario, all'uso del quale lo sottoponeva. Se non che diffrase la presenza

del cinto erniario e mentre alcuna porzione d'intestino si prolungeva dal ventre (eromin-  
ciò a intorcersi lo scrolo, conformandosi nel  
tumore sopra descritto, stentare mai più vi si  
manifestasse un gran gorgoglio come per lo so-  
nante, malgrado che da qualche tempo in poi  
non facesse più uso d'alcuna fasciatura. -- Ve-  
nuto, per altra malattia, a morte questo sog-  
getto, e procedendo io all'investigazione ana-  
tomica del tumore, tolti con cautela gli strati  
sottostanti, e togliendo dal connaturato ingrossamento,  
dalla fascia superficiale, dall'aponeurosi del  
crumene, e dal cristallo che si trova a lei  
sottoposto nei casi d'ernia, rimase posto in e-  
videnza il vero involucro formante l'acquoso  
tumore, il quale non era altro, che il peritoneo  
prolassato, e già formato in sacco erniario.  
Come quello l'infatti egli nasceva dall'aorta in-  
giuntiva, discendeva d'alto in basso, ed era poco  
obliquamente dal di dietro in avanti, e dal di  
sopra in dietro, poggiava sul cordone dei vasi  
epididimali, che giacevano dietro di lui, giun-  
geva fino in corrispondenza del punto di in-  
serzione dei vasi stessi entro al testicolo, (1)  
ed aderiva alle annunziate parti, special-  
mente nella sua faccia posteriore, e nella sua  
inferiore estrema per mezzo di un tessuto re-  
ticolare assai fitto. La faccia anteriore poi, nelle  
sue porzioni superiore, e collo, vedevasi coperta  
da un'altra di cellule contenenti della pingue-  
dine fissa, ed indurita, e qual suole essere ap-  
punto quella, che cuopre anteriormente il collo  
degli antichi sacchi delle ernie, quando so-  
no lungo tempo, comparsi dal cinto erniario.  
Poteva così si evidente la struttura, e le rela-  
zioni del morbo sacro, in cui trovavasi il  
fluido, ed escluso il dubbio, che esso potesse  
essere un'idrocele diffuso del cordone sper-  
matico, volli investigare per qual precipita-  
zione avvenisse, che il fluido in esso con-  
tenuto non si traslocasse sotto la pressione  
dell'addome, mentre il sacco in cui contene-  
vasi appariva manifestamente formato da un  
prolungamento del peritoneo. Per lo che incise  
le parti addominali nella loro alba, ed ap-  
erto per questa parte il cavo del ventre,  
sollevai alcune circonvoluzioni intestinali, che  
erano raggruppate, ma non aderite, nella regio-  
ne dell'inguine interno destro: tolse le quali  
potei vedere, che il peritoneo discendeva ef-  
fettivamente pel canale inguinale nel vado  
medesimo, con cui suole uscire per quella via  
a formare il sacco dell'ernia volgare esterna.  
Se non che fissato l'occhio nel punto, in cui  
avrebbe dovuto resistere l'ostio di comunica-  
zione fra il sacco erniario, e l'interna cavità  
addominale, vidi, che l'apertura del di lui  
collo era occupata, e chiusa da un corpo pri-  
mo, (2) pendulo dal peritoneo restante i

muscoli addominali, che distaccandosi con un  
peduncolo non molto grosso a poca distanza  
dai contorni dell'apertura del sacco, rimor-  
geva, come abbiamo detto, in quest'apertu-  
ra, occludendone il lume, e che avendo sopra di  
se alcune circonvoluzioni dell'intestino ileo  
non poteva rialzarsi verso il cavo del ventre.  
Questo corpo piriforme poi conteneva intima-  
mente della pinguedine vestita dal peritoneo,  
che le formava una specie d'involuo membranoso,  
ed era profondamente formato da quella  
medesima cellulare pinguedinosa, che unisce  
l'esterna lamina del peritoneo alla contigua  
faccia della fascia trasversa del Cooper, e da  
cui son formate le ernie così dette adipose, o  
liporell, colla sola differenza, che il tumore  
pinguedinoso, in vece di sporgere lo avanti,  
e comprirvi rilevato sopra il corrispondente  
punto della superficie addominale, erasi tolto  
in dentro, facendosi pendulo sulla interna  
faccia del peritoneo. Conosciute così la posi-  
zione anatomica patologica del collo del sacco  
erniario, e del corpo in lui intrinseco fu fa-  
cile il render ragione dell'impossibilità del re-  
flesso nel ventre di quel fluido, di cui era pie-  
na la di lui cavità. -- La presenza infatti di  
questo corpo impegnato nella cavità dell'ori-  
fizio del collo del sacco, e che non poteva, ne-  
ppur compresso dagli intestini sovrapposti,  
discendere più di quello che gli permes-  
tesse l'altezza del suo peduncolo, impediva  
la discesa degli intestini al di sotto, lo  
trova stabilmente impegnato nel collo del  
sacco medesimo, e vietandogli di rialzarsi, ri-  
maneva perciò a stabilire un'obice tale, per cui  
l'acqua contenuta entro al sacco non o poteva  
refluire, o scaricarsi nel ventre.

Dal che passando ad esaminare una qual-  
che congiuntura sulla genesi di tal malattia,  
non mi sembrò irragionevole il credere,  
che sopravvenisse per qualsivoglia ragione nel-  
l'individuo in discorso un'ernia volgare esterna,  
avessero successivamente inpromincio i  
primordi del piccolo liporell, il quale appunto  
perchè trovavasi nelle vicinanze dell'orlo  
inguinale, e perciò sotto l'influsso della placca  
del cinto erniario, fu della pressione di que-  
sto spinto all'indietro, ed obbligato perciò a  
sporgere, crescendo, sulla interna faccia del  
peritoneo. Giunto poi che in questo corpo  
ad un sufficiente volume, ed insinuatosi in  
parte per l'effetto di quella medesima pressio-  
ne, in parte pel proprio peso entro al collo  
del sacco erniario, nel momento in cui gli in-  
testini si trovavano contenuti nel ventre dalla  
presenza del cinto erniario, poté esso servire  
di ostacolo alla loro ulteriore discesa dentro  
il vado erniario, che per le contratte adesioni  
colla parti circostante era tenuto costante-

(1) Vedi Tav. XIII. fig. 3.

(2) Vedi Tav. XII fig. 4.

mente fisso al di fuori del ventre, e per entro allo scroto. Cosicchè la rarità di lui giunsta accesa di intestino, potrà poco a poco ricomparsi di un fluido separato dalla interna faccia del peritoneo che la costituisce, mentre al maggior accumulamento di esso forse delle occasioni la pressione operata esternamente, e per la via della placca al cinto erniario, finchè ne fu fatto uso, non che la empietà, o almeno la disgiunta associazione del fluido accumulato, che, senza la compressione di esso, avrebbe potuto forse aver luogo con più energia dall'interna superficie del sacco istesso.

## MEMORIA X. (1)

*Sul modo di curar le ferite intestinali, coll'aggiunta di alcune cose riguardanti la ferita del ventricolo e dell'addome; di Erasmo Lodovico WERRA.*

In tratterò la materia con quest'ordine.

1.° Descriverò le diverse opinioni che son invalse su questo punto.

2.° Proponerò ciò che s'hàn mostrato l'esperienza occorressi.

3.° Finalmente da queste esperienze tenterò di mostrare qual sia il modo di medicare queste ferite e per quali motivi mi pajà utile.

### PARTE PRIMA

*Storia delle ferite de'gl'intestini.*

§. 1. Sembrami che prima di entrar edrutto in questa disputa sia necessario il riferire brevemente l'opinione di tutti gli autori che proposero un'antenna uxor o per guarir le ferite intestinali o che ne proppor con qualche correzione almeno di quelli già consigliati da altri, e la maniera anche di mettergl' in pratica, l'ultra parlo, dare occorrerà, dei casi di ferite intestinali che si trovano scritti.

Se consideriamo tutti i metodi rammentati su questo punto, noi vediamo esser sopra le altre, invalse due opinioni principalmenteper

sanar le ferite intestinali: delle quali l'una è l'altra sostenuta da uomini di gran peso. Una delle parti condanna del tutto la cucitura degli intestini, l'altra si adopra a sostener questo metodo.

§. 2. *IPPOCRATE* sostiene che le ferite degli intestini sottili portano a morte, perchè allorchè possono contenere gli escrementi, non contennendoli consolidarsi, nè trasmettendoli continuamente, può l'uomo sopravvivere (2).

CASSO fu d'opinione che nulla potesse farsi nelle ferite intestinali. L'intestino grosso pensa che possa ricucirsi, non perchè vi sia sicurezza di guarigione, ma perchè una dubbia speranza dee anteporsi a una certa disperazione, mentre avvien qualche volta che si cicatrizza. Ma però, se qualunque siati intestino sia livido o pallido o nero e per conseguenza senza senso, afferma esser inutile ogni medicina (3).

CASSO pensa gravissime esser le ferite dell'intestino digiuno per la moltitudine de' rasi, e la bilet una misura che le piaghe all' inferior parte del ventricolo possono sanarsi (4).

PAOLO EGURTA dice l'istesso parole di CASSO (5).

§. 3. *RHARUS* sostiene incurabili tutte le ferite intestinali (6).

ABUL KASAN fa menzione d'un ammirabil modo di riunir gl'intestini. Egli dire d'aver riunite alle rotte simili ferite col porre sulla labbra della ferita delle formiche che colle foreute boreche l'abbracciavo, il che fatto, troncati i corpi delle formiche e lasciatisi i capi che riunivano le ferite come una cucitura. ABUL KASAN scribber non disapprovare questo modo d'agire, pure esorta a riunir le ferite intestinali con una cucitura fatta con corde (7).

AVANZONA crede mortali tutte le ferite intestinali (8).

§. 4. *ROCCO* di PESSA consigliò di unir le ferite intestinali prima sur un cannello di sambuco uxor e poi con una cucitura poco più lunga della ferita. Per riscaldar gl'intestini freddi si pone sopra un animale spaccato nel mezzo (9).

BAONO di Calabria inculca di ricongiunger le ferite intestinali senza cannello, o colle for-

(1) La rarità, l'importanza e in qualche maniera la relazione che passa fra la materia trattata in questa memoria, e quella delle antecedeni, ci hanno indotto ad arrichire d'essa la nostra edizione, traducendola dall'originale latino.

(2) *IPPOCRATE* *Pl. At. XVIII.* edit. Rieger, Hagae Comitum 1767. vol. II. p. 236.

(3) *CASSO* della medicina I. VII. cap. XVI. edit. a. c. Bipari.

(4) *CASSO* meta. I. IV. p. 80. rite. edit. di Buxton 1829.

(5) *PAOLO EGURTA* di re medica I. VI. cap. LII. p. 113.

(6) *RHARUS* *Cont. I. XIX. cap. IV. fog. 295. e seg.*

(7) *ABUL KASAN* *Chirurgia I. II. str. LXIII. e seg.*

(8) *AVANZONA* *Thesaur. rat. XIV. cap. II*

(9) *ROCCO* *Chirurgia I. III. c. XXIX. fog. 374.*

anche nel modo che ha detto di sopra, o con aghi sottilissimi e fili di seta (1).

**GIROLAMO DE SALICETO** sostiene che le piaghe intestinali che penetrano molto addentro e obliquamente, portano di necessità alla morte. Ma se poi le piaghe s'addette sou per il verso della lunghezza e non afflito per l'averso, ei le riunisce colla cucitura de' pelliccijs ed afferma di aver con questo metodo sanata una piaga intestinale. Bisogna però il consiglio di sambuco nero, perchè non pigriasi come gli intestini, inetta la sostituzione d'au intestino d'uo animale (2).

§ 5. Per la stessa ragione i quattro maestri rigettando questo sistema raccomandano molto per quest'oggetto la trachea arteria d'un animale, che oio solamente è più flessibile, ma anche più del bisogno larga per non impedire il pas saggio delle fecce. I quattro maestri, come si lascia scritto **Pietro di Argelata** (3) e **Louis** (4), chiamasi **Guerrero**, **Rosen**, **Tambour** o **Cervia**, che adoparano il cannello di sambuco nero e **Girolamo di Saliceto**, che aerassasi d'una parte il'intestino. Allora però conconner tutti fra loro d'adopar la trachea arteria, e su questa, che poi la natura stessa espellere, si cucitura la piaga.

§ 6. **Moxonio di Lunzi** consiglia di riunir le ferite degli intestini gracili colle forniche, ed adopar poi la cucitura de' pelliccijs in quelle de' grossi (5).

**Guy di Chaucer** che disapprova la cucitura colle forniche e quella proposta dai quattro maestri, consiglia di riunire con la cucitura de' pelliccijs le piaghe degli intestini grossi e del sentricolo (6).

**Giovanni di Vigo** affermando che le ferite degli intestini sottili, non potendo reggere la cucitura, son necessariamente mortali, riunì gli intestini grossi con la cucitura de' pelliccijs (7).

§ 7. **Pars Celso** disprezzando tutte le operazioni di chirurgia, rifiutò anchr ogni genere

di cuciture, specialmente poi degli intestini. Chiarissimamente però si rileva dalle lettere che ei ha lasciato non aver egli in alcun modo ignorato il metodo, che molto dopo fu giudicato ottimo da alcuni periti nell' arte (8).

§ 8. **Amatocio Pano**, assicurando d'aver molto ferite dell' addome con offesa degli intestini, sanate, lo la cucitura de' pelliccijs (9).

**Garaula Fallopi** sanò felicemente una ferita del sentricolo: incarca di riunire col l'aiuto della cucitura de' pelliccijs gli intestini grossi, e prova che nel caso di ferita degli intestini sottili, è immiorante la morte (10).

**Girolamo Fr. da Acquapendente**, servivasi per la cucitura de' pelliccijs d'uo filo di lino inecato: ma avverte che è da usarsi solo nelle ferite degli intestini grossi, perchè quelle dei sottili ei le giudice affatto insanabili e mortali (11).

§ 9. **Conradus van Soemgen** nelle ferite degli intestini grossi esorta ad usar la cucitura da pelliccijs in modo, che i fili pendan fuori della ferita dell'addome (12).

**Van der Wyl** seguendo il primo consiglio di **Paracelso** di formare un aneurismatico, siemua d'aver guarito con questo metodo una piaga intestinale (13).

**Dionisio** insegna doversi congiungere con una cucitura come i pelliccijs, le ferite larghe degli intestini sottili, le poco ampie doversi rilasciare alla natura. Consigli poi anche il chirurgo e l'assistente a lasciarsi con un panno l'estremità della dita, per poter tener meglio nelle mani gli intestini. Evitare poi di sanolare i fili. (14).

§ 10. **Vander avarrie** che si debbon guarire gli intestini affatto tranciati col congiungere colla cucitura l'ooa e l'altra estremità della piaga colla ferita dell' addome. Dietro esperienze fatte sugli animali è persuaso che col solo congiungere colle parti vicina si risarciscono le ferite (15).

(1) **Baeco** di Calabria. *Chirurgia magna* l. 1. IV.

(2) **Girolamo di Saliceto** l. III. cap. XV.

(3) **Pietro di Argelata** *Chirurg.* l. I. tra II. e III.

(4) **Louis**, *Mém. de l'Académie de Chirurgie* vol. III. — *Art. mem. sur la cure des hernies* etc.

(5) *Anat. Modini emend per Dr. Meletiad*, Lipsia 1506.

(6) **Guy**, *Chirurg. magna* *Traut.* III. Part. II. Sp. IV.

(7) *Fragrancia in art. chirurg. cap. Traut.* l. I. III. Del medesimo opera in *chirurg. l. III. tract. III* valn. cap. XI.

(8) **Paracelso** *große Wundarznei Buch* I. *Traut.* l. cap. 5. und. 14.

(9) **Amatocio Pano** opera l. IX. c. XXXIII

(10) **Garaula Fallopi** *de valner*, in *genera ed. c. IV. Pat. v.* 1871.

(11) **Hicaco**, *Fr. ab Acquapendente de operat. chirurg. c. LP. et app. chirurg. l. II. c. XXXI.*

(12) **Conradus van Soemgen** *Handbuech der Wundarznei* l. V. p. 232.

(13) *Van der Wyl*, l. obr. cap. cont. 11. part. 1. ab. 26. p. 264.

(14) **Dion.** *Cours d'oparat. de chirurg. draost.* n. p. 75. et.

(15) **Vander Chirurgicalische Schmeiss** *Th.* 1. c. 3 s. 7.

Affidato a queste esperienze PELLETIER il primo disapprovando del tutto le cuciture da pellicciaj delle ferite intestinali, insegna ad esercitarle coll'ajuto d'un filo l'intestino piagato alla ferita dell'addome in modo, che si uniscano i margini (1).

§. 11. LORENZO HISTERA pensa esser pericolosissime e quasi sempre senza speranza di guarigione le ferite degli intestini, specialmente tenui. Pare perchè l'intestino più grosso com'ucco già osservato CALSO, può non solamente cicatrizzarsi, ma talvolta anche cicatrizzarsi, mentre nella stessa disposizione esser migliore una dubbia speranza (2).

Ecco le cose che stabilì per la guarigione delle ferite intestinali. Quello che toccasi esser più difficile e non oltrepassar l'ampiezza d'un fil di paglia in circa non debbono cucirsi, ma lasciarsi alla natura, poichè più facilmente guariscono da sè, che se adoperassimo delle cuciture che più irritano: perchè la cucitura è causa il più delle volte di dolori, infiammazioni e altri geni onde sarà assai migliore consiglio il esporre colla possibile diligenza tali intestini, e fatto, o penetrato l'infiammazione o salasso, raccomandare al malato soprattutto la calma e la dieta. Ma le più leggere e anche più gravi ferite intestinali, sebbene quasi sempre sieno mortali e incurabili, pure solemmo fin qui con uguo esito curare fatta col uso del pellicciaj cucirsi, e tal sistema si preferiva da qualunque urologo, pria di esporre i caduti intestinali. Poi la parola del modo con cui dee farsi le cuciture: sia in ordine un ugo come de' più sottili, in cui sia facile il sottil refè o seta, allora il cuciarlo dee congiungere insieme l'intestino ferito con una cucitura continua, come l'uo sogliu i pellicciaj, facendo i punti distanti fra loro d'un intervallo eguale alle larghezza quasi d'una linea me media, o poco più. L'una è l'ultima parte esterna del filo che scappa sotto il punto che è scorso, e così si ferma, in modo però che l'ultima sia stretta con un nodo e il principio pendu fuori dal ventre per la larghezza d'un piede, affida di poter più agevolmente entrare il filo, allorchè sarà fatta la cicatrice. Ma poi, qualunque cucitura s'impieghi negli offesi intestini, l'esperienza abbastanza dimostra che pochissimi in simili casi possono esser salvati. Più e più volte stiano docenti a cedere di tener nell'inferior parte dell'apiaga dell'addome lo stuoio fino e tanto che gli uccori sieno ridotti al sieno effello o nella medesima parte sgorgati: e che intanto debbono i chirurghi badare che ogni qual volta peano fuori del ventre due fili, uno dallo stuoio, uno dalla cucitura dell'inte-

stino, si distinguano sempre per diverso colore. Ma poi essendo stato osservato de' chirurgi più moderni che uno o almeno pochissimi di ferite intestinali guarirono, e che le stesse ferite intestinali unchi nei guasti per le somma sottigliezza delle tenelle puntate che cicatrizzarsi si uniscono di coatto la parte del ventre ferito colla membrana inferiore del peritoneo o anche con qualche altro intestino, non si fa maraviglia se quasi tutti si estingon dalle cuciture degli intestini, specialmente continue ossia del pellicciaj. Per il che propone u imitarsi questo metodo di curare: cioè di passare con collile ego in mezzo alla parte lesa dell'intestino un filo innervato, stringendolo con un nodo, e per mezzo di quello con qualche accuratezza el può accostarla in qualche maniera al labbro interno della ferita esterna: indi fermare con degli empastri agglutinanti il filo pendente dall'addome in modo che nè l'intestino possa retrocedere, nè da quello stallo nel ventre alcuna specie d'umore straniero.

Se ipai sieno gli intestinali offesi rotti e separati, egli persuade u ricercare con tutta diligenza le parti superiori dei separati intestinali, a congiungerle al labbro della ferita esterna col mezzo d'una cucitura continua o nodosa, o in qualunque altro modo, onde si formi un suo artificiale. Ma se poi gli intestinali feriti non fosser fuori degli, insegna che devesi talmente allargare la ferita del ventre che si possa trovare l'intestino offeso e poi unirsi con cucitura all'esterna ferita, essendo stato spalmato questo sistema abbastanza felicemente tentato.

§. 12. GRAECZOR mai congiungo con cuciture le ferite strette: e disprezzando egualmente la cucitura fatta con un ago u uncinetto in mezzo, lode solo quelle del pellicciaj. Proibisce poi affatto il nodo, e sebbene pensa produrre il filo o infiammazione e fino cauterio, pure vieta sinceramente di levare il filo, fatto la cicatrice. Per evitare i quali scarteggi propone quel metodo di cucitura già pubblicato dal PUTT; inculca cioè di far passar coll' ugo il filo per l'apertura dell'intestino ferito in modo da evitare i margini. Fermate le due estremità del filo negli angoli della esterna ferita, quest'intesa si chiuda. Passati cinque o sei giorni se vedesi il filo legato, u il malato è affetto da dolori colici, e tempo d'estrarre il filo che irrita la piega. Con questo divisamente esorte a levare il filo legato nel mezzo col ferro leggermente dalla due parti costate nel primo giorno una, nel seguente o dopo molti altri giorni si estirga l'altra parte di filo che resta. Nel resto egli sostiene che

(1) *PAULI Abhandlungen von den vornehmsten chirurgischen Operationen*, Th. 1. c. 8. S. 59. etc.

(2) *LORENZO HISTERA institit chirurg. Anstet.* 1750. Pars 1. p. 106. etc. Scarpa Vol. II.

non può in altro modo sanarsi l'intestino ler-  
do che coll' unirsi alle parti peritonee. Pur  
non ostante ne fa un pronostico assai dub-  
bio. Se poi è affetto tagliato l'intestino, es-  
sente a formare un ano artificiale in modo che  
cucita la parte superiore dell' intestino che  
appartiene al ventricolo colle labbra dell'e-  
sterna ferita, si allacci l'infestione. Il segno il  
più sicuro per distinguere la parte superiore  
dell' intestino è il profluvio continuo degli e-  
crementi (1).

§ 13. Li DRAK nelle fecite fatte per taglio o  
nelle longitudinali si propone questa via per  
guarire: cioè fa passar dentro i labbri del-  
l'intestino vulnerato, non tenuto dall'ajunta-  
le, un dallo stesso chirurgo, dei fili di seta  
non incerati nelle due estremità remanti d'un  
ago sottilissimo, in modo che sien distanti fra  
loro per la lunghezza di tre linee, e tolti gli  
aghi con un semplice nodo unisce ciascun filo.  
Prendendo poi tutti questi fili o contorren-  
doli ne fa come un filo solo. In questa manie-  
ra avvicinando le parti che eran separate in  
avanti per lo spazio di tre linee, non solo, co-  
me egli crede, non si disuniscono le labbra  
dell'intestino ferito, ma anzi si cicatrizzano,  
e non si allungano alle altre parti del ventre.  
Jesegna, tiposti gli intestini, doverli tor via,  
altrimenti è disingannata la ferita, questo filo to-  
to pendente dal ventre e situato nell'angolo  
superiore della ferita. Quindi poi non parte  
degli intestini si dovesse troncare o roccella  
o moia, avvisa d'usare la stessa cucitura in  
modo che col tirare i fili si accosti l'intestino  
piagato alla ferita dell'addome (2).

LOUIS fa qualche cangiamento in que-  
sto modo d'agire immaginato da Li DRAK,  
e senza annodare i fili gli intercia e gli tira in  
modo che pendendo dal ventre possano esser  
fermati e l'intestino non possa smarrirsi (3).  
§ 14. Sebben persuasissimi i periti dell'arte  
dritto l'esperienza che possono guarsi gli in-  
testini affatto troncati, pure pensaron ciò  
non potersi fare se non col formare un ano  
artificiale HANSON in il primo a insegnare  
un nuovo metodo di ricattare tali ferite, col  
quale, facendone parola per il primo MORRIS,  
afferma di non averle mai potute guarire. Mes-  
sa la parte superiore dell'intestino nell' infe-

soce, con una sola cucitura fermò l'intestino  
vicino alla ferita del ventre. Rammenti an-  
che un esempio di non meno in cui fu provato  
questo sistema di cura (4).

§ 15. LOUIS pure approvò questo metodo,  
e per conoscer la parte superiore dell'intesti-  
no, il che è difficilissimo, dà questo consiglio.  
Dica ad un malato dell'olio di mandorle dol-  
ci, ed aspettino tanto quanto basta perchè  
l'olio dagli apocchi dalla parte superiore. In-  
tanto si forino sugli intestini tonente di via  
caldo, perchè non si raffreddino. Avverta che  
si leghin bene e con diligenza i vasi del me-  
senterio. Ma se però qualche parte dell'intes-  
tino sia uscita si pieghi il mesenterio (5).

DE LA PERANNA nelle grandi fecite intesti-  
nali o nel caso che in uscita qualche po'  
d'intestino, insegna che devono congiungere  
le estremità dell'intestino col cucire il mesen-  
terio piegato, e che i fili debbon fermarsi in  
modo, che l'intestino ferito sia avvicinato alla  
piaga dell'addome. (6).

§ 16. DO VERRA rinnovando la memoria  
della cucitura de'gni ro manesi, inculca d'im-  
mergere la lecher artecia nel vino caldo e  
nel balsamo del perù. Pur non ostante non  
meno di LOUIS autorene a tutti i metodi quel-  
lo immaginato da HANSON, avendolo anche  
con felicità provato nei cani (7).

PLATNER raccomanda sempre la cucitura  
dei pelliccioli in modo però, che potendo si for-  
no obliquamente coll' ago le labbra della  
ferita. Nel caso d'intestini rotti affatto, lega la  
parte inferiore dell'intestino, e unisce la supe-  
riore colla piaga esterna (8).

§ 17. RYSEN insegna doverli riunire gli in-  
testini affatto separati nel seguente modo.  
Mette nell'indio, tal lo con una carta dagiuvco  
e unto coll'olio, tanto dentro la parte superio-  
re che inferiore dell'intestino, introduce la  
prima nella seconda, e annodando il filo fatto  
passare per lo spazio di qualche dito i restetti  
nelle due estremità dell'intestino e pel cucito-  
cio, riunisce le estremità intestinali con un  
nodo: vuol poi che le estremità de' fili pen-  
dano dal ventre. Sostiene che SAAKTIA (9) fa il  
primo a parlare di questo sistema. Ma SAA-  
KTIA, pria di introdurre la carta nell'intesti-  
no, lo passa coll'ago, e poi dopo introducen-

(1) GARNIEROT *traité des opérations de Chirurgie*. Paris 1720. T. I. p. 96. 104. cc.

(2) Li DRAK *traité des opérations de Chirurgie* Bruxelles 1745. p. 52.

(3) V. GÖRGENZ *von den Wunden, überaus von LÖNNERSEN* Leipzig. 1796. S. 330.

(4) MORRIS *Dissert. obs. med. medic.* Helvet, 1731. in HALLER *dup. Anat. Tom. I. I.*  
p. 745.

(5) LOUIS *Mem. de l'Acad. de Chirurgie*. Vol. III. *Mém. sur la cure des hernies intesti-  
nales avec parage* par M. Louis.

(6) De la PEYRONIE *Mem. de l'Acad. de Chirurgie*. vol. III. p. 170.

(7) DO VERRA *Mem. de l'Acad. royale* T. II.

(8) PLATNER *Inst. chirurg.* rot. §. 655. p. 420. cc.

(9) SAKTIA *Lehrbuch für praktische Handlung* Aus dem Französischen von Dr.  
BORCHS *Neueste Auflage* Offen. 1799 Th. I. S. 119. cc.

dola nel cavo intestinale passa coll'ago medesimo l'intestino. E congiungendolo al cartoccio le estremità dell'intestino, e cosa di metter l'una dentro l'altra (1).

LOUIS DE BLANC ribattono qualunque cucitura e specialmente poi quella de' pelliccioli esorta a riunire le ferite anche dell'addome e degli intestini non con cuciture ma solo con impistri agglutinativi (2).

WATSON per le ferite che penetrano addentro l'intestino consiglia a inserir l'estremità dell'intestino io no cilindro fatto di colla di pesce (3).

BOER. BOLL. vuol che si congiungan l'inte anche le più piccole ferite intestinali con cuciture. Egli pensa doversi preferir la cucitura de' pelliccioli a quella insegnata da LE DORR, perchè con questa si rende più angusta la bocca dell'intestino, il che non o da temersi nella cucitura de' pelliccioli, se solamente di dentro si forin le labbra della ferita. L'estremità del filo mai pendon dal centro: poichè se l'intestino vien così cucito, non può estarsi il filo: poi gli intestini son rotti affatto o in qualche parte, consiglia il più delle volte a congiunger l'estremità dell'intestino ferito colle parti vicine avvicinandole alla ferita esterna dell'addome con un filo che ei si sia fatto passare: ciò non ostante pensa potersi adoperare la cucitura di RANSON con una macchina, congiungendo cioè mercè degli aghi le estremità sopra un cilindro di legno introdotto nell'interno dell'intestino e tirandole cogli aghi l'uno e l'altro. Egli è d'opinione che anche le ferite del ventricolo, ove si può, debbon guarirsi col cucito (4).

§. 18. CHOPART e DESAULT sanavan le ferite di piccolissima circonferenza coll'avvicinamento alla bocca della ferita dell'addome: per le ferite poi che passavan la lunghezza di sei linee insegnavano doversi riunire con una cucitura non toccante i margini dell'intestino ferito: cioè passavan coll'ago le labbra della ferita intestinale in modo che per quell'istessa via per cui esce l'ago di nuovo si facesse il passare. Allora col mezzo del filo avvicinando l'intestino al peritoneo e alla ferita esterna, fermavano fuori l'estremità del filo: e esortavano a levarlo dopo cinque o sei giorni. Rigettaron la cucitura di LE DORR come non esatta e a cedere abbastanza la ferita intestinale, e non approssimar la cucitura de' pelliccioli per la difficoltà di estrarre il filo, cangiata che fosse la ferita. Ma però son d'opinione

che debbansi cucire solo le ferite del ventricolo, del digiuno, dell'ileo e colon traverso. Se poi una parte soltanto dell'intestino sia tagliata, teolono di riunirla in questo modo: fanno passare prima per l'estremità superiore dell'intestino, quattro o cinque linee lontano dal margine, un filo armato di due aghi in modo, che le estremità pure del filo sien distanti per lo spazio di quattro o cinque linee e in questo modo sia ferma la guaglia. Cogli stessi aghi nel modo stesso trapassano l'estremità inferiore dell'intestino, e tolti eia gli aghi introducono la superiore estremità dell'intestino nella parte inferiore, e annodato il filo due o tre diti lontano dall'intestino, ripongono questo nel centro. Le estremità del filo fermate si estreggono all'epora stessa o nel modo medesimo, che abbiamo detto di sopra. Nel caso di intestini tagliati affatto o in parte, si servivano del metodo stesso di RANSON con questa cautela. Passano nel mezzo il cilindro fatto di carta da ginoco e intinto nell'olio d'oliva con un filo armato di due aghi dritti in modo che il filo tocchi appena di dentro e di fuori il margine del cilindro, perchè le fecce non trovino impedimento a passare. Ciò fatto introducono interamente il cilindro nella parte superiore dell'intestino, e col mezzo del filo che passan cogli aghi per l'intestino, ve lo congiungono. Allora introducendo la superiore parte dell'intestino col cilindro nell'inferiore, cogli aghi medesimi passano il filo al luogo opportuno per le pareti intestinali. Annodato l'estremità del filo, e riposti li intestini al loro luogo si ferma fuori il filo a fine di tener fermo l'intestino ferito: ed affluere in vena modo si allontanano l'estremità dell'intestino un anno nel luogo della ferita passata pel movimento, sostene la cucitura. Passati otto o die i giorni debbon estrarre i fili, ed allora la carta è umollita e non spinta fuori colle fecce. Per conoscere la parte superiore dell'intestino, non disapprovano il consiglio dato da LOUIS. Riprovan poi il modo proposto da RANSON, perchè facilmente s'impedisce il passaggio degli escrementi (5).

§. 19. A. G. RANSON sostiene esser vano ed inutile ogni sorta di cucitura, ed esser vero il credere guarirsi alcuni intestini feriti col cucito. Però solo ei cede vantaggiose le cuciture, perchè si avvicina per eia della cucitura l'intestino piagato alla ferita dell'addome, unico mezzo per risanar tal ferite. Per

(1) RANSON *Mém. de l'Acad. de Chirurg.* vol. II. *Nouvelle édition* p. 244.

(2) LE BLANC *Kurzer Inbegriff aller chirurg. Operationen.* I. Th. von Dr. Cas. L. LEOPOLD. Leipzig. 1733.

(3) WATSON *Med. Comm.* V. p. 300.

(4) BOER. BOLL. *Lehrbuch der Wundheilkunde* Th. 4. S. 133.

(5) CHOPART et DESAULT *Anleitung zur Heilung aller chirurgischen Krankheiten ten und dabei erforderlichen Operation* Th. S. 193. Tübingen und Leipzig. 1784.

tal motivo disprezzando affatto la cucitura de' pellicciaj, è persuaso esser ottima la cucitura a gugliete. Non disapproverebbe la cucitura sopra meolista (secondo DASELTY e CROCAT), se non vi fosse bisogno di tanti sghi. Adopra poi il modo immaginato de' Russi, per congiungere le ferite che penetrano addentro l'intestino (1).

§. 20. BORZA fissò quanto segue circa le cuciture degli intestini: se non vediamo gli intestini o il ventricolo esposti, consiglia solamente quel rimedj che servono a frenare l'infiammazione. Ma se gli intestini sieno usciti dall'addome, e le ferite passin le lunghezza di quattro linee, avverte doversi usare la cucitura: ma però non tal modo, che le ferre non si spargan nell'addome, e si faccia congiunzione fra l'intestino ferito e le parti prossime, avendo mostrato l'apertura di cadaveri che l'intestino piagato e esposto, sempre si guarisce coll'attaccarsi al peritoneo o agli intestini vicini o a qualche altro viarere. Ma, come egli crede, non si può per meglio esaminar l'intestino ferito allargare l'esterna ferita. Bisogna la cucitura de' pellicciaj sì perchè non dà luogo a celere e perfetta congiunzione, e perchè il filo posto sulle labbra della ferita ne impedisce la continuazione colle parti vicine, e fatta la riunione non può torri senza rischio di lacerare la cucitura. Ritiene la cucitura a gugliete raccomandata da LA DAE, perchè atrine l'intestino: per evitare i quali inconvenienti antepone a tutti gli altri il metodo encomiato da GREGORY, e di cui egli dice averne fatte il primo menzione BASTARD. Se gli intestini non trovati affatto, loda particolarmente quel modo immaginato de' CHOPART e DASELTY di riunire l'estremità dell'intestino. Per conoscere l'estremità superiore dell'intestino insegna non esser da disprezzar il consiglio dato da LOUIE. Nelle ferite più lunghe del ventricolo, se si trova fuori questo, inventa l'uso della meolista cucitura delle ferite intestinali.

RICORDANDO nelle ferite intestinali di due a tre linee di lunghezza mostra a chioccare presso la ferita esterna l'intestino ferito col solo ajuto di una gugliata passata pel mesenterio, poichè in questo modo si cicatrizza la ferita dell'intestino e dell'addome. Ma se poi le piaghe son lunghe non o più diti, loda il metodo di GREGORY, che per le cause già rammentate antepone a tutti gli altri (2).

FLAURI encomiava per le ferite che non passan la lunghezza di un dito la cucitura pro-

posta da CHOPART e DASELTY. Pure assicurando che non corre gran differenza fra queste e la cucitura de' pellicciaj e quella a gugliete sostiene di non aver mai avuto buon esito: risultato risultamento dall'applicazione di tutte queste cuciture. Onde egli consiglia a formar un ano artificiale e lasciare fare alla natura (3).

§. 21. W. LAWARRE è d'opinione che debban lasciarsi alla natura tutte le ferite intestinali (4).

LAVARRE rigetta qualunque sorta di cucitura per il motivo che li intestini feriti non si riuniscono, se non col congelarsi colle parti vicine: principalmente poi colla parete dell'addome, il che sostiene seguita in egual modo e più presto e naturalmente di quello che adoperando la cucitura. Per stabilir quest'opinione si fa menzione di due esempi di ferite del ventricolo (5).

§. 22. D. I. LARREY per sanare le ferite fatte da no arme da fuoco propone o di ritenere avvicinando con un filo l'intestino ferito alla piaga dell'addome, affinchè gli escrementi non si strasino, o di cinnolo col cucie le ferite. Se poi la causa della ferita è una spada o arme simile, avverte che s'usi la cucitura de' pellicciaj con un cangiamento, ordinando cioè la cucitura doppia e i fili di due colori. Edice anche che molte esperienze fatte sui cani gli han dimostrato chiassissimamente che gli intestini cuciti, sebbene al principio si attaccano alle parti vicine, poi se ne staccano perchè le ferite degli intestini nel medesimo modo di quelle nelle altre parti del corpo si cicatrizzano: passati poi sette o nove giorni leva i fili (6).

§. 23. SAM. COOPER ci lasciò scritto quanto segue. Se gli intestini non son protetti pensa di aver potuto conoscere che non importa nulla sieno o no feriti. Le piaghe degli intestini sottili e specialmente del digiuno e dell'ileo son di maggior danno di quella de' grossi: perchè in questi può facilmente sgorgar fuori gli escrementi per la ferita dell'addome. Se rilassasi la guarigione degli intestini feriti alla natura, la piaga non si cicatrizza che col congiungersi ai vicini intestini che la chiudono. Nelle ferite traverse è necessario che si forni un nuovo canale. Quando poi l'intestino piagato non è rotto, vieta di ricrearlo: e soltanto usa un metodo antiflogistico per frenare l'infiammazione. Consiglia a non servirsi mai della cucitura, quando anche si trovi vicino alla ferita esterna l'intestino ferito e ch' veran le fecce, mentre non si è da temere che

(1) *Richton Anfangsgründe der Wundarzneikunst* Wien 1798. 5. S. di Sc. 40 ec.

(2) *Richerand* *diag. et Therap. chir.* P. Ed. Paris 1821. tom. III, p. 319 ec.

(3) *FLAURI* *collec. de' observ. e rech.* vol. III, osserv. 11 12 13 ec.

(4) *W. LAWARRE* *Traité on ruptures.* London 1811 pag. 280.

(5) *LARREY* *nou. doctrine chirurg.* etc. Paris 1812. tom. I. p. 377 e 381.

(6) *D I LARREY* *Recueil de memor. de Chir.* Paris 1821. p. 274 ec.



l'intestino ferito si allontanò dalla ferita del ventre. Lasciò affetto alla natura le ferite di tanta larghezza nelle quali basta a chiuder la apertura dell'intestino la membrana vellutata liscia. Se poi si trova protruso l'intestino cosicchè possa inserirsi le fecce, accisa che debbi legare intorno alla ferita un filo, come consiglia A. Cooper, a tagliarlo vicino al nodo. Egli cerca di unire col mezzo di una sola cucitura gli intestini troncati un po' per traverso; con due fili tagliati presso il nodo quelli tagliati affetto. Non esente però, se vediamo l'inferior parte dell'intestino nascosta nel ventre, egli pensa che possa solo ricoverarsi la cila con un ano artificiale: e che se non può ricoverarsi la superiore estremità dell'intestino è certa e imminente la morte (1).

§. 24. TAYLOR osserva lo stesso: che in ogni tempo tra molta più facilità si versano gli escrementi degli intestini sottili che dai grossi, molto più facilmente dalle ferite e locute che da quelle fatte con taglio, e fra queste più facilmente da quelle che sono in intestini per la loro lunghezza che dello ferite trasverse, perchè in queste si contraggono le fibre circolari de' muscoli. Prima di tutto egli pensa impedirsi lo sgorgo degli escrementi per la resistenza dei muscoli del ventre: il che però necessariamente avverrà quando l'ampiezza delle ferite esterna dell'addome e gli intestini de' alimenti o da aria rigonfi, quell'istessa forza di resistere distruggano. Sulla cura delle ferite così le discorre: l'intestino ferito ricomincia a unire alle pareti dell'addome si attacca al peritoneo, se poi è più lontano all'intestino vicino o al grosso se è troncato qualche porzione d'intestino: non si rimette mai la parte perduta, ma solo si chiude col congiungersi delle parti vicine. Le ferite però fatte con taglio e sempre qualche volta si ricongiungono direttamente. Dalle ferite intestinali fatte con punte non colano mai gli escrementi, perchè la membrana villosa chiudendo esibito l'apertura, lo impedisce. Se tagliamo l'intestino per il verso della lunghezza si ripiegano i labbi della ferita, e nelle ferite trasverse le fibre circolari col contrarsi e chiudono gli escrementi. Accendo in nove casi riposto l'intestino tagliato poco e molto tempo dopo il pasto, ne morirono otto, il nono fu solo sciolto da morte perchè il peritoneo, il mesenterio, l'intestino ferito e la punga dell'intestino prossimo aveva formato una borsa che riceveva le fecce. Accendo poi riposto il duodeno di un cane dopo averlo legato, l'animale sembrò male per alcuni giorni, fu salvo; quindi giorni dopo aprì il cane: le pieghe dei prossimi intestini in alcuni luoghi erano congiunte con quello legato: l'intestino appariva intorno al di fuori aver un ingrossa-

ta, al di dentro poi, dopo la legatura era legata l'intestino, una fessura trasversa. Dissi quer'esperienza così la discorre l'autore: re l'intestino era ferito poco dopo il pasto, gli escrementi si espandono: ciò non avviene, se l'animale s'astiene dal cibo. Da un intestino tagliato solo per metà si spandono pure le fecce. Se poi gli escrementi esorgono dopo qualche intervallo, la parte d'intorno forma per causa dell'infiammazione una borsa, che riceve gli escrementi che più tardi sgorgano. Le labbra dell'intestino troncato si separano onde segue che non può formarsi che dalle parti vicine la via agli escrementi: il che avviene anche se è tagliata via qualche parte di intestino. Quando poi l'intestino viene diviso affatto, l'estremità si ritirano, e la ferita non può guarire: ma se poi l'intestino si avvicina con legatura, presto si riunisce l'estremità. Il qual metodo di cura sembra all'autore che possa paragonarsi a quello con cui le arterie strette si riuniscono. In simili modo pure guarisce la sutura l'intestinoscissione d'ernia cancerosa. Egli riunì l'intestino troncato con una sola legatura tagliata vicino al nodo: ma gli animali su cui fu fatta questa prova morirono. Ed trovò che le labbra delle pieghe intestinali non erano in alcuni luoghi riunite: onde gli escrementi cessati eocen prodotta una grandissima infiammazione del peritoneo e degli intestini. Impedì, come egli crede, colla cucitura che l'estremità degli intestini si ritirassero: e perciò avverte che debbano passare coll'ago le estremità degli intestini con tutta cautela e non giuste distanti del loro margine precise la cucitura non li strappi. Si troverà sempre negli intestini i fili. Si adopra a interporre questo modo di cura così: le membrane villose attorniate prima fra loro per il trasudamento della lina riuniscono l'estremità ripiegata della membrana sierosa: i lembi delle ferite intestinali, sciolte le legature, in forza delle fibre longitudinali si ritirano: e allora la lina organizzata impedendo che le stesse estremità si allontanino di più cinge l'intestino e anche le legature come d'una nuova membrana. Così l'intestino riunito con cucitura si ridurrà più o meno colle parti prossime. Basta anche si riunisca col solo aiuto d'una cucitura la membrana sierosa. Perché sebbene la membrana mucosa sul principio si riunisca, pure non dura ciò lungo tempo, perchè non è alta a un'infiammazione adesiva. Gli escrementi sorpresi dal moto peristaltico degli intestini non portano, come si mostra nell'ernia cancerosa, alcun impedimento alle esorgizioni dell'intestino. In verun modo poi dobbiamo prendere l'errore di dilatare l'istessa ferita per tenere l'intera. Nelle ferite della grandezza del gambo d'una penna d'oca deve affatto rigel-

(1) S. Cooper *Diss. di Chirur. protic. Londra:*

tarsi la cucitura. Non è da riguardarsi come gran cosa la cucitura; ma il modo di *ferir*; e senza ragione molti si credono non potersi risanare una ferita intestinale se non coll'altarsi al peritoneo. Pare è necessario che la cucitura rimanga esattamente l'intestino fratto. Il riunir soltanto una parte d'intestino o l'arricciarlo al peritoneo col far passare pel mesenterio una gualta non può giovare a nulla quando si lascia la purga alla natura. La cucitura può adoperarsi solo in quelle ferite larghe, che penetrano totalmente e per traverso nell'intestino. I fili debbon esser tagliati vicino ai nodi (1).

§. 25. L'ANASSAZI nello stesso luogo fissa queste regole sulla cucitura degli intestini. Se l'intestino ferito è presso alla ferita dell'addome, sia grande o piccolo, non si rucia mai e meno poi, quando per ciò fosse bisognasse allargare la ferita. Quando poi sia l'intestino tanto lontano dalla ferita esterna, che nel cercarlo si possa fare al malato più male della attesa ferita, che trabasciarsi la cucitura. In questo stato di cose nulla importa se sgorgano o no gli escrementi dalle piaghe dell'addome. In que aurò quando si teorasse la ferita dell'intestino unita allo scolo degli escrementi presso la ferita esterna, quando questa dovesse allargarsi, non può approssimarsi la cucitura. Ma poi, se l'enterica ferita fosse tanto grande che si potesse senza allargarla cuce l'intestino offeso, e fosse questo proloso, in tal caso non disappare la cucitura, e quando riesti ricerca di non poter riponendo gli intestini, ritenere la parte ferita vicino a quella dell'addome, esorta a fissare l'intestino col mezzo di un filo fatto passare pel mesenterio: e se anche fosse lacerato affatto l'intestino, propone, allacciate l'arterie, di far passare questa gualta pel mesenterio. Infatti qui non si propoichiamo che di arricciare l'intestino ferito al peritoneo e alla ferita esterna. Passate 48 ore leva via il filo. Se avessimo la mira di riunir interamente con la cucitura l'estremità dell'intestino fratto, il che non potremmo poi ottenere, daremmo tre tante cure che da far temere che si formasse una somma infiammazione, che si gangrenassero sciogliessero per la rupperazione i fili. L'intestino ferito si lasci sempre rper tre alto scolo delle fecce.

§. 26. SEBAST non solo la cucitura, ma la gualta anche disappare. Poiché secondo quel che egli dice, le labbra della ferita intestinale non si riuniscono mai direttamente, ma solo in forza d'una infiammazione *adrier* o col peritoneo o con altri *escreti* dell'addome. Quindi egli afferma che è non solo inutile ma anzi pericoloso e funesta la cucitura nelle ferite intestinali, qualunque siasi sito: non so-

lo per la gran sensibilità e irritabilità di questi parti, ma anche per le difficoltà con cui le membrane sierose si unisce cogli altri visceri e che l'esperienza di più secoli dimostra ad evidenza esser quasi tutti morti miseramente i feriti, nei quali aveva praticata i chierghi la cucitura per riunir gli intestini: che, se qualcuno n'è per fortuna scampato, lo è solo per raversi quella sfortuna. Egli sostiene che sarebbe degli intestini grossi fratti congiunti coi muscoli dell'addome non sciolti nel ventre gli escrementi e si un truto larghi da dar luogo a molto trattamento di fecce, pure anche gli intestini sottili, quando si un riposti in modo che ritengansi presso la parete del ventr l'intestino ferito, prontamente si stacca al peritoneo. Gli escrementi, chiusi l'ano rettificati, sgorgano a poco e poco per l'ano naturale. Loosle egli pensa che si debbino anche le ferite dai sottili guarnite senza cucire. Nel caso che la cura erit malissimo, dar solo temrai l'ano artificiale. E poiché i muscoli dell'addome a il peritoneo per ogni parte compescono gli intestini, è però tanto poco da temersi che l'intestino ferito si allontani dalla ferita esterna, che anzi al contrario infiammandosi nelle mesenterie, si congiungano coi suoi labbra. Se poi non vogliessi lavorare affatto alle cure della natura l'intestino fratto, potevasi anche collocarlo dino solo filo passato nel mesenterio senza alcun ricorso artificiale: l'intestino si peritoneo. Il giorno dopo, quando è già l'intestino attaccato al peritoneo, si toglia la gualta (2).

§. 27. ZANN rigettando quasi ogni sorta di cucitura per gli intestini, propone di riunire le ferite che tagliate per traverso il dandole o il digiuno recando il metodo di BENI, DANT. Mer trovati l'intestino non affatto lacerato né proloso, allora si adopera a congiungerlo colle parti prossime: e reede esse nelle ferite intestinali dell'inferior parte dell'addome necessario un suo artificiale. Lascia alla natura le piccole ferite: poiché qualunque specie di cucitura è d'ostacolo e impedimento alla cura della natura: l'ingurgitiar poi dee riguardarsi come l'ancora scabata nei cori estremi. Nulla cucitura fuor d'una gualta passata pel mesenterio può guarir l'intestino (3).

§. 28. Negli ultimi tempi son stati molti che dandole la cucitura han fatta operazione di tre modi per riunir gli intestini. DEXAR, se l'intestino è lacerato affatto, pon nella parte superiore e inferiore un anello d'argento o di stagno: allora rovesciando pel di fuori e rubando l'estremità dell'intestino per la larghezza di due linee, scrosta con un terzo i due anelli in modo, che s'ia tratti delle spire di quello. Le parti dell'intestino pargito rongo corrot-

(1) *THAKENS an inquiry into its process, etc.*

(2) *Scarpa sull'arte: memorie anatomiche chirurgiche.*

(3) *ZANN Darstellung blönder heilku stlicher Operationen. Th. III. S. 490.*

te della ernia; e riunite le membrane sierose, gli anelli disciolti reston rigettati colle fecce. Ei dice d'aver tentato con successo questo metodo in de' cani (1).

§. 29. BÉCAZON negli intestini affatto troncati introdusse una estremità dell'intestino nell'altra gira nel legatore presso il margine della parte superiore in modo da stringerlo un poco; e pensa che la legatura farebbe una fossa all'intestino e rimproverò i riciclatori le membrane sierose dei due intestini fra loro si attaccano. Fatta la qual congiunzione la legatura dopo qualche giorno si rigettò dagli intestini cogli escrementi (2).

§. 30. JOHANNETI lasciò a sè molte osservazioni sulle ferite intestinali, delle quali non farà che esporre brevemente le più importanti. Sebbene, egli dice, tutte le parti del tratto intestinale sien soggette a ferite, pure non vuol esserlo il duodeno così facilmente come gli altri intestini, specialmente grossi. Se ferita eroluta la superficie dell'intestino, non si osserva quasi alcun sintomo: nelle ferite di punta si chiude l'apertura per le membrane mucose che n' esce fuori: se poi le ferite son per il verso della lunghezza o per trasverso, allora in forza della filza de' muscoli le labbra della ferita si ripirgano. Alle ferite che occupan tutto l'intestino le fibre ricucolari nel principio contraggono l'apertura e non lascian che passin le fecce: ma poi s' allentano, e gli escrementi sciolto dall'intestino rilargito, il che vuol più presto arrestare quando gli intestini son pieni di fecce. Egli vide sempre congiunticol l'omento gli intestini pigliati in conseguenza di contusioni: ma se le ferite eran di maggiore ampiezza, ne venne sempre dietro la peritonite. Si congiungean sempre coll'omato le ferite della lunghezza di tre li e: quelle che provenin le sei linee de' musci prima di riporlo rinace se non volessimo rimproverare temerariamente e troppo ferocemente. Poche sebbene si possa sperare che si congiungan coll'omento, pure dee scoprirsi temersi che, al momento che cessin le fibre de' muscoli d'esser contratte, si versin le fecce nel ventre. Sebbene TRAVERS e SCARPA disprezzan qui la curatura, per averne veduto succeder cattivi effetti, altri però ne son serviti con prospero fine. Tutto riguarda a far sì che le membrane sierose si congiungano perché questo basta alla ricongiunzione. Nelle ferite pel verso della lunghezza possa coll'ago a traverso l'estremità della ferita rotondamente intendersi i labbra, e in modo col filo che le membrane sierose direttamente si tocchino. Poi vuole che ripigli gli intestini tengansi i fili o senza nodo sulla parte esterna, o che il filo si tagli presso il nodo. Passati cinque giorni

quando già s'ion congiuntesse le labbra dell'intestino ferito, si tolgan via i fili. Presenta molte esperienze uscite a buon fine fatte su cani non solo di ferite degli intestini ma anche dello stomaco. I fili furon non molto dopo essi cogli escrementi. Crede che non importi nulla il passar coll'ago una o tre le membrane dell'intestino. In quasi tutte le sezioni degli animali vide l'omento leggermente congiunto alla piga esterna; e negli intestini e nello stomaco una linea bianca nel luogo della ferita, nel resto poi apparsa l'intestino direttamente riunito. Nella superficie interna dell'intestino vide una piccola prominente: ma la membrana mucosa era per tutto continua. Se l'intestino e quasi tutto troncato arrete doverli riunire rinviando un po' meno d'intestino, a finché non resti impedito il passaggio de' cibi, e ordina che piuttosto si adoperino più cuciture. Se vide l'omento avanti le ferite dell'intestino, procurò ponendolo una parte fra l'estremità della ferita con tre cuciture a guilghe di sargolo. Tentò con alto felice queste prove in un cane e generalmente poi la raccomanda in ogni caso in cui non si possa ottenere la riunione direttamente. Se poi l'intestino è troncato rifatto, allora questo metodo suggerisce per riunirlo non congiungendosi la membrana mucosa con la sierosa, ripiega in se stessa la parte inferiore in modo che introducendovi la parte superiore, le membrane sierose sole vengano a toccarsi. Essendo qui un grave ostacolo il distinguere la parte superiore e l'inferiore, servesi del metodo per scoprirla raccomandato da LOUIS. Allora prima di tutto de' ambo le parti dell'intestino separa per la lunghezza di più linee il mesenterico. Non approva che si fermi tosto l'emorragia de' vasi tagliati, se non nel caso in cui ne sgorgi il sangue in troppa copia, perché nel lasciarne uscire si impedisce l'infiammazione. Se poi debbono allacciarsi le arterie del mesenterico, avverte di sciogliere la legatura prima di ripor li intestini, per esser da poco tempo tagliate le membrane interna e media, il che basta a sopprimer l'emorragia. Poi con un ago leggermente piegato fatto passare un filo della lunghezza di sei o otto ditte per l'anteriore e posterior parete dalla porzione superiore dell'intestino, lo disa all'ipante, e allora il chirurgo rovesci in se stessa la parte inferiore in modo che la membrana sierosa resti dentro; perché la cosa gli succeda come vuole, e con facilità, aspetti il tempo di quiete. Egli crede poter giurar molto a ripiegare l'intestino il legare il margine con soluzione di estratto d'oppio resposo. Allora il chirurgo introduce l'indice della mano sinistra nella parte inferiore ripiegata, non solo perché l'intestino non si dirapigli, ma an-

(1) DEYAN Recueil de la société roy. de med. de Marseille. 1. No 1 Anné 1816.

(2) CHRETIEN Handbuch der Chirurgie 1. Bd. S. 312 (3 Ausgabe).

che perchè possa regolare l'ago. Quindi per l'estremità ripiegata della parte inferiore dell'intestino faccia passare i fili che avea dati all'aiutante in modo che l'estremità si combacino indi a poco a poco tirando i fili faccia che la parte superiore si introduca nell'inferiore, e così le membrane sierose engano ad esser riunite. Riposti gli intestini, si torcano i fili, e poi si fermio con empastri adgravi. Passati 4 o 5 giorni la ferita dell'intestino è cicatrizzata, e possono estrarsi i fili. Poi si lasciò pur scitto quel che elevò dalla ernione de' pueri. Cinque ore dopo l'operazione apprese una falsa membrana, uno strato di Hofa plastica molle, collata e facile ad essere lacerata: il che mostra il primo grado di cicatrizzazione. Non molto dopo vide questa membrana più solida e compatta e perfettamente organizzata. Osservò pur la stessa nella ferita intestinale d'una donna morta cinque ore dopo l'operazione. Dodici giorni dopo fu osservata nella superficie esterna un'incisione lineare, che evidentemente sosteneva essere i lembi dell'intestino e quindi poi trovò al di dentro un non so che di duro e quasi una calcala formata dall'invaginazione, non attaccata nè sopra nè sotto. Il cerchio più grande dell'intestino ripiegato era congiunto coll' intestino introdotto nel dentro, il più piccolo poi era totalmente libero e mobile e non impediva il passaggio de' cibi. La membrana mucosa era per tutta continua e in essa lungo incisa. Tutti gli animali di cui si servì per questa esperienza erano poscia sani, ben nutriti, e in alcuni notò persino l'obesità. L'esperimento andò male le prime esperienze l'attribuiva alla quantità degli aghi che vi impiegava. Lavorò per evitare l'esto cattivo, tentò di compensar le cuciture con impiastri aderenti. Il che però ebbe egualmente esito non buono, sebbene la morte non ne seguisse così repentinamente (1).

§. 31. Cloquet cangiò in qualche parte il metodo proposto da Jossart (2), e invece dell'invaginazione, per mezzo di più aghi fittò vicino al margine tirando l'estremità de' fili ripiegò l'uno e l'altro lembo dell'intestino, e non congiunse le membrane sierose. Tagliò e gli annodati presso l'intestino. Tanto poi di rincontro anche l'estremità d'un intestino troncato affatto col suo passare un filo di seta annodato di due aghi per l'anteriore parte della parte superiore dell'intestino e così ancora dell'inferiore, e col tirar contraendo un pochetto i fili si ristretta l'intestino non ripiegata alquanto linee lungi dal margine del l'intestino nell'altra direzione; poi passando con un ago sottile le membrane sierose, congiunse le suddette membrane di ciascun ester-

mo. Fece poi fuori i fili pendenti dal centro. Il qual metodo sebbene facile, pure non è da Jossart approvato. Infine poi fa anche parola di alcuni funestissimi casi spesso congiunti colle ferite intestinali. Lasciò alla natura, che dee però esser per quanto si può aiutata, gli intestini che feriti non si prolungano. Se vedesi affetto da cancrena l'intestino in modo però che non c'è da temere, si riponga e si cerchi di sopprimer l'infiammazione con un regolamento antiflogistico e specialmente poi colle foment. Ma se la gangrena fosse assai estesa, troncata la parte cancrenosa, congiunge l'intestino emendandolo a se l'intestino tutto è affatto corrotto si aderente propone l'uso del metodo da lui impiegato.

§. 32. A Cooper presa con le pinzette l'apertura dell'ipiratio da cui sgorgava la fecce la legò intorno intorno, e tagliò il filo ripose l'intestino nel ventre; un ferito fu così perfettamente guarito. Consigliò a frenar coll'ipoclorato l'emorragia sanguinolenta dal taglio dell'arterie maggiori, e a lasciar quella proveniente dalle minori, a fine di sopprimer l'infiammazione. Se lo scolo degli escrementi non è immoderato, ne abbondantissimo, ordina che s'usino rimedj antiflogistici e non ostante si faccia l'invaginazione; ma se poi, il che raro avviene, le fecce vengono in gran copia, pensa che debbasi allargare l'esterna ferita, affinché ne escan le fecce. Serbiamoci nell'addor o un globetto o qualche past di altri strumenti, e fosse necessario per levarlo distar la ferita esterna, non dee farsi mai a pochè spessissimo si vede per esperienza che posson rimanerci senza danno o essere espulsi naturalmente. Ma se però questi corpi esterne si producan fuori essi da far temere di prossima morte, e non sappiamo che fare, allora dovesi procedere con un'incisione e farla, se si può, il corpo estraneo.

§. 33. LAMMEZ propone il seguente metodo per gli intestini troncati affatto e puramente per le ferite per il lungo. Prese col pollice e col l'indice la labbra della ferita due linee e un poco discosto dal margine, le passò da parte a parte coll'ago in modo che esce fuori una linea per mezzo discosto dall'estremità. Prese poi nel modo stesso l'altro lembo dell'intestino, a luogo conveniente una linea e mezza scosto dall'estremità passò coll'ago l'intestino, in modo che egli sia dalla parte di fuori scosto dall'ago due linee e mezzo discosto dal margine, le questo facendo passò l'ago a per la membrana sierosa o per la mucosa soltanto, e anche per la pituitosa, riunisce emendando i fili le estremità dell'intestino nella parte interna l'apertura colla trita rosche le membrane sierose si attaccan fra loro. Allo

(1) *Jossart Traité théorique et pratique des mal. chirurgicales du canal intestinal.* Tom. I, p. 52 Paris, 1820.

(2) *Jossart. loc. cit.*

spazio di tre o quattro linee si applicano le altre cuciture, la quale modo si ferma la prominente nella parte interna dell'intestino, il quale al di fuori apparisce in quel luogo incavato (1).

§. 34. REYBAUD propone il seguente modo per curar le ferite oblique e longitudinali. Prende una sottile piastra di legno, vi fa passare una gugliata di filo di seta, e collocatala nell'intestino la congiunge coll'estremità di quello lo modo da farvi dentro passare in luogo convenienti l'estremità del filo, che infilato in un solo rigo un po' piegato fa passare fra le labbra della ferita dell'addome, e annoda i fili in un cilindro di panno in guisa che la ferita intestinale congiunta sul pezzo di legno strettissimamente sia unita al peritoneo. Congiunta poi l'intera ferita, nel terzo giorno si estraggono i fili sciolti: la piastra di legno viene via colle fecce. Se poi l'intestino è troppo affritto, o lo congiunge col peritoneo per mezzo d'un bacio preso nel mesenterio o nel fondo della ferita intestinale riunita con sghi infilativi, prendendone le pareti opposte ad angolo acuto con le tenaglie (strumento che volgarmente ebriarsi Emierolomo) le incide, e 48 ore dopo quando già son fra loro riunite l'estremità dell'intestino, toglie via le tenaglie. Inti le fecce riprendon la loro via, e l'intera ferita si ricictrizza (2).

§. 35. HENNOX crede d'aver migliorato il metodo immaginato da JOSEPH, e lo vede dell'Invasione, che restringendo notabilmente il diametro dell'intestino impedisce il passaggio degli escrementi, e nol che curarsi in un rifilato fatto con una carta da gioco con due o tre cuciture, troncati i fili presso il nodo, l'estremità degli intestini in modo che si riuniscan le membrane mucose. Questo metodo, come egli dice, è fondito sulla proprietà che hanno le membrane mucose di riattaccarsi immediatamente e sebbene BACAR e molti altri periti con lui sostengono che mai le membrane pinittose direttamente si riattaccano, se non bru sofferto nella sostanza congiungimento rerono, egli però a ragione lo nega. Indispono il suo metodo con queste parole. Bisogna che le due mezze parti dell'istrumento si separino e si riunin con una chiaveissa fissa alla parte anteriori. Una delle estremità dell'intestino diriso si introduce nell'anello che forma l'istrumento, affinché non sporga un po' fuori del lembo: poi si ferma soverciamente in giro a cinque o sei punti che si sono. Questa parte dell'istrumento si dà ad un

sinto, o il chirurgo prende l'altra estremità dell'intestino e la come r'è detto della prima. Si rode chiaro come per le ragniere (ebri-nières) o gliandole poste all'estremità de' diametri possan farsi combinare le due mezze parti dell'istrumento si avviciano, s'introducono le punte dell'uno nei fori dell'altra, si metton le viti e si stringono: ed ecco fatta l'operazione. Essendo l'istrumento di piccol volume può senza pericolo, purché si insulti in panno sottile, introdursi la parte nelle fessure delle pareti addominali: sulla ferita si pone una spugna bagnata in un decocto antinfettente, e fissa l'apparato con fasciatura, prescrive una severa dieta. Il qual metodo non solo per le ferite d'addome ma anche per essere impossibile il restringo degli escrementi, e per tanti altri motivi lo sostengono agli altri. Passati sei o sette giorni e levata la rista si disgiungono le due parti dello strumento, e si ripone l'intestino nella cavità dell'addome. Allora si pensa a far guarir la piaga esterna. Il terzo giorno dopo l'operazione si mostra una sostanza trasparente, moltissimo cellulosi, e sulle due estremità per più linee distesa, nel quarto e quinto giorno è più consistente, nel sesto e settimo è concreta e solida in modo da esser capace di tener in custodia le estremità (3).

§. 36. FARRAGUOT stabilisce questi principii sull'uso della cucitura. In una ferita che penetra dentro l'addome, se trovai nell'intestino prolapsa una ferita longitudinali di 4 o 6 linee in modo che se ne versa le fecce, indica la cucitura e non può secondo lui supplirsi in altro modo. E da lui pur indicata la cucitura per le piccole ferite trasverse o per gli intestini troncati affritti perchè nel primo caso poco, nel secondo nulla è da aspettarsi dalle forze della natura. Più facilmente e più spesso in queste che nelle ferite per il lungo scorge che si versino escrementi per la contrazione delle fibre longitudinali. Ripudia assolutamente in questi casi l'uso d'un suo artificiale (4).

§. 37. Esempi poi di ferite intestinali, parlo guariti colla cucitura, parte senza, parte col solo metodo catillogico, e molti anche seguiti da una fistola stercoreale o da erito infelice e drit mortale, noi troviamo in più luoghi de' libri e commentari dell'arte medica. I quali non potrei, quand' anche il rolesai, tutti enumerare, nè, come prima, è necessario, moir sembrarmi poter bastare, l'aver io fatto parola di tutti i metodi

(1) LEROBERT. *Repert. gener. d'Anat. e di Fisiol. patolog.* tom. I. e II. 1824.

(2) REYBAUD. *Sul trattam. degli ani artif. delle ferite intestinali e di quelle penetranti del petto.* Parigi 1827.

(3) HENNOX. *Dissert. inang. critica med. chirurg. dei metodi per sanare gli intestini divisi ecc.* 1824.

(4) FARRAGUOT. *Dissert. della sutura nelle ferite intestinali* 1827.

più feroci per avere le fratte intestinali: comechè se non m'ingannò, niuno ne ho potuto sotto silenzio che sia stato pubblicato in iscritto.

## PARTE SECONDA

*Descrizione dell'esperienza e degli avvenimenti cui han dato luogo.*

§. 38. Terrò in queste parti l'ordine che me seguito nella prima. Prima però d'entrare a trattar delle cure, eer lo necessario l'avvertir che io non ho fatto nulla per soffogare l'infiammazione de cui ho visto sempre affetti gli animali. Fatta l'operazione locale che non si deve loco che regna: nel terzo o quarto giorno gli fu data acqua rosolata col latte, e poi poco innappoi nell'acqua e latte, finalmente poi promettivamente il solito cibo. Nel fratre gli intestini creva in modo di incidere prima il ventre dell'animale e poi tener con un rotello l'intestino fuori uscito. Siccome il più delle volte si prelassavano gli intestini trarsi, quindi più di frequente furono questi i feriti: qualche volta però anche i grossi, il che terlassero di notare nell'esporre gli esperimenti, perchè, mentre le fratte, non trovai nessun differenzia nella guarigione. Se incidessi i proderali intestini per il corso delle larghezza, si ripiegavano i lembi della ferita tanto da rendere per la contrazione delle fibre trasversali molto larga l'apertura per la quale riversavan le fecce. Se poi tagliare in parte o totalmente gli intestini per traverso, le estremità del frate eran per le fibre circolari talmente contratte che quasi eran chiuse: ma nondimeno le fecce si versavano e la membrana plastrica moltissimo si piegava. Per curar gli intestini io adoperavo de' sottili fili di seta incitati, infilati in aghi sottili e un po' piegati in punta.

§. 39. Curatura de' proderali. Inciso un intestino sottile per la larghezza di quasi dieci linee, lo curai senza però annodare l'estremità de' fillette maniere de' polliceri. Mentre io m'occupava a ripar l'intestino feci ilalbi intestini della curatura si cessaron le fecce, talchè via le quali cipsi nel ventre l'intestino coll'estremità del filo. Allora con due cuciture di congiunsi la ferita e restò il terzo rebbano da percuotiofosse gravissimamente tolto per le fratte fettagli, non molto dopo si ciebde e guarì. Quattrodei giorni dopo feci le sezioni dell'animale fatto morire coll'acido ilotomico. L'enteron fratre era totalmente cistiterre: al di dentro poi era unita coll'omento. Quasi tutti gli intestini eran fra loro sì strettamente uniti e quasi avviluppati in un globo, che non potevan disgiungersi inocher con forza,

il che lo causa di lacerazione. In conseguenza non posso mostrar che poche cose sullo stato della ferita interna: perchè quando mi parrai a disgiungere gli intestini per esaminare la parte ferita, mi trane frate di slaccarla dell'intestino prossimo che coll' unisci al essa era cancellato le lisioni; ma le labbra della ferita eran ampiamente repte. Non potrei trovare in verità luogo il filo: ma non per questo erdo che fosse vanno via colle lince, perchè in altre simili esperienze l'he sempre trovato involto nelle unioni membranarie congiungimento. Nella seconda esperienza che feci di queste cuciture annodai il filo alle due estremità delle fratte. Il ran dopo esser piggiato per del giorno, e aver spesso sofferto finso di ventre, morì dodici giorni dopo fatta l'operazione, perchè, come mostra le sezioni, un curo mucoso, impedito dalla congelazione degli intestini il moto peristaltico, era restato fisso nell'intestino, e per le continue lacerazioni si aveva ogni altra ripugnanza e quasi un loro. Arlorcioglier l'intestino si spase un liquore tossico e macchia birona: Alche senza dubbio non sarebbe avvenuto, se gli intestini per esser tanto aderenti non avessero impedito il moto peristaltico e il passaggio dei cibi. Per conoscere la vera causa di questa congelazione, feci, trent'ore dopo l'operazione, la sezione d'un cane ucciso. Apprese sulle labbra ripiegate della ferita e sul vicino intestino ripai una rete lina plastica, senza dubbio tenudata di margini della ferita medesima. Provandomi poi a estrarlo, come è consigliato, nel terzo giorno i filli non avessero il primo i forti dolori sofferti dall'animale e le difficoltà stessa di estrarlo. M'avvenne lo stesso, quand' anche feci ri di fuori i fili non annodati, ne pendenti dal ventre. Settant'ore dopo dieci giorni l'animale ucciso trovai il filo ritenuto da una rete lina plastica che lo circondava ed impediva di levarlo senza lacerare la membra.

§. 40. Curatura ad ansa. Peim di tutto provai coll'aiuto di un sol filo passato per le labbra delle fratte di avvicinare il ferito intestino al peritoco e rir fecia esterna; ma il ran nel terzo giorno morì: apertura il ventre, tosto venne fuori una gran quantità d'urine torbida, gli intestini eran affetti de' una grandissima infiammazione, e tutto poi moriva ree il cane morto per acerbissima infiammazione, le quale, non v'he dubbio, non fu ragionata che dalla scola delle fecce nel ventre. Allora secondo il consiglio di Le Dant, per congiungere una ferita longitudinale nel peritoco adoperai quattro fili piegati in ansa fatti passare per i margini della ferita esterna. Fure l'esito fu lo stesso: in questo caso pnce revulsi gli intestini essi ilarono un' infiammazione gravissima, della

eni foris fu appresso l'animale. Sebbene al-  
tre sempre tentato col tierre i fili di riunir  
il peritoneo l'intestino ferito, pure in nin-  
guo mi venne fatto l'osservare questa coag-  
lazione. Anzi le labbra della ferita era così  
cipigritte, che mi fu estrema sventura non  
lasciare il peritoneo, ma la sola membrana pi-  
tuitaria, che ognun sa non potersi unire  
congiuntiva. Per ciò io credo non esser di  
trattarsi l'operazione raccomandata da Loecherer.

§. 41. Curatore di PETIT e di GARRIGUOT.  
Secondo il metodo di riunire di essi pro-  
posto, io congiunsi le labbra di un intestino fe-  
rito, annodai le due estremità del filo, e la-  
gittole presso il nodo, e posai gli intestini nel  
l'addome. Nel cadavere dell'animale ucciso  
riscopri quattordici giorni dopo l'operazione,  
riscopri tutti quel che ho detto della  
cucitura di pelliccia.

Curatore di quattro Mastei. Accendo per  
proprie questa cucitura presso un terzo del  
vitello, e fin di congiungere sopra l'intestino,  
non potei in nessun modo intendere  
il nodo: onde non pacendomi che ci fosse  
differenza vi introdurrei un cilindro fatto con  
una carta di gioco, e su quello cinnoli l'estre-  
mità dell'intestino secondo il consiglio  
de' quattro mastei. Passati quattordici giorni  
dopo l'operazione, feci dopo ucciso la  
sezione dell'animale. Gli intestini eran in-  
quiere parte congiunti fra loro e coll'omento.  
Le ferite rippiere perfettamente ricattate:  
intorno poi coprire l'intestino con una membra-  
na formata da linfa plastica. Il cilindro non  
poté levarsi in nessun modo, non pare ve-  
nuto via colle fecce. Sembrandomi poi che po-  
rò ricorrea a' metodi prescritti per le ferite  
traversate, provai solo quello proposto da Ra-  
nouss e da RITCHE.

§. 42. Metodo di RITCHE. Tagliato un inte-  
stino per tre terzi, lo disgiunsi col coltello dal  
mesenterio. Allacciato lo retrai che era re-  
stato diviso, su un cilindro di carta di gioco  
intenduto in quella parte dell'intestino  
che giaceva superiormente e posai l'intestino  
in modo, che questa coprisse quella per  
lo spazio di quasi otto linee e le membrane pi-  
tuitarie della parte inferiore torresse le sira-  
ssa della superiore. Allora ricongiunsi le due  
estremità passando un filo per l'intestino e il  
cilindro. Il terzo giorno non potersi in nessun  
modo levar il filo tenuto dalla parte di  
fuori; per che lo tagliai presso la ferita esterna.  
Passati dieci giorni feci la sezione del cane. L'  
esterna ferita era del tutto ricattata: gli in-  
testini eran tutti in ogni luogo e fortemente  
uniti fra loro che non dovea inogni a dubi-  
tare che ci potesse disgiungere per via del  
nodo peccatorio. Allora tagliai per lo lungo  
la parte dell'intestino, ed io aveva fatta la fe-  
rita: tutti in vano il cilindro, che perciò cre-  
do esser vano eia colle fecce. La membrana

cellosa interna non era in alcuna parte unita  
colla sicca: una l'estremità dell'intestino era  
congiunta in modo, che le membrane si-  
rona di quelle parte in cui era state l'arteria in-  
trodotta apparia congiunta con quelle dell'in-  
testino esterne pre una nuova membrana. De-  
doteo il margine della superior parte pre-  
sentare come una cicatrice nella parte dell'in-  
testino, che non impedire il passaggio degli  
escrementi. La seconda volta adoperai lo stes-  
so metodo senza però il cilindro, e l'animale  
nel 14.<sup>o</sup> giorno fa sezione trovai le parti nel  
mesenterio unite.

§. 43. Metodo di LA FAYOLLE. Tagliai una  
parte dell'intestino sottile esterne di riunir l'es-  
tremità riunendo il mesenterio ripiegato. Ri-  
posi allora l'intestino in modo da poter  
ritenerlo col tierre il filo presso il perito-  
neo e le ferite dell'intestino. Avendo io fatta la  
sezione dell'animale ucciso nel secondo gior-  
no, rubai lo spago dell'apertore dell'addome  
una gran quantità di liquore coagulato: e gli  
intestini molto così mi mostraron ad e-  
sternità che una fierissima infiammazione fu  
causa della morte. Senza dubbio gli escre-  
menti che erano restati nel ventre erano fat-  
ta nascere questa infiammazione.

§. 44. Metodo di TNAEN. Fatta una ferita  
per lo lungo in un intestino tenne i resti di  
guarida col congiungere l'intestino l'uso del  
peritoneo e la ferita addominale per mezzo  
d'un filo fatto presso per mesenterio. Fer-  
mai di fuori i fili per le cuciture adoperare a  
riunire la ferita esterna. Il cane preso non  
molto dopo da nausea, vomitando tutti i cibi,  
morì dopo quasi tre ore. La sezione mi mo-  
strò che l'intestino ferito rebbon stretta-  
mente acciagnato al peritoneo, pure in alcuna  
parte emi con esso congiuntato. Gli escre-  
menti versati nel ventre erano massa un'a-  
cerbissima infiammazione, che fu seguita dal-  
lo spargimento di gran quantità di liquore  
che portò necessariamente la morte. Quan-  
do tentai il sordesco sistema nelle ferite total-  
mente penetranti, e cercai di avvicinare bol-  
l'ante parata pel mesenterio il perito-  
neo e all'esterna ferita l'intestino l'uso  
per tre vesi, e di frenare il filo di fuori.  
Il che fatto, nell'ore dopo il cane morì. Fatta  
la sezione non ridi che l'estremità dell'intes-  
tino fosse in nessuna parte congiunta ad  
col peritoneo né colle ferite esterne, sebbene  
fossero state bene acciagnate. Trovati nella ca-  
vità dell'addome delle fecce e del liquore ros-  
siccato.

Non solamente quelli che condannano af-  
fatto la cucitura, ma fin molti di quelli che  
l'approprio convengono non doversi enee  
una ferita intestinale fino a 6 linee di lun-  
ghezza, perchè si ricostituisce naturalmente.  
Per persuadere di quest'opinione invisi un  
intestino d'un cane per la lunghezza di 5 li-

nee e lo esposi senza cucirlo. Me sebbene la membrana pituitaria si probasse, puez dalla ferita si cessaron gli estremi: e dopo 20. ore il cane morì. Aperto il corpo ne sgorgò liquore in gran copia. Gli intestini, l'omento, il peritoneo, tutto era rosso per gravissima infiammazione, e in qualche luogo un color nero-eculeo indicava priuripio di cancrena.

§. 45. Metodo di SCARPA. Tagliato internamente un intestino tenne d'un cane ne strinsi l'estremità in modo che non potesser riversi gli escrementi, e lo riposi tosto nel ventre. Congiunti l'estremità ferita con una leggera legatura. Passate appena 20. ore il cane miseramente morì. Aperto il corpo tosto si espone gran quantità di liquore: gli intestini puzzi da fierissima infiammazione eran leggermente fra loro congiunti. Le estremità dell'intestino ferito apparvero come cinte d'omento, e così ristette che appena poteu mostrar gli escrementi: in più luoghi si vedean gli intestini già incancreniti. Non molto dopo ripetel la medesima esperienza. Il cane morì dopo 14 ore, e fatta la sezione trovò lo stesso che sopra. L'esperienza sulle ferite per lo lungo avean pur l'esito stesso infelice. Infatti dopo aver inciso per la lunghezza di 10 linee un intestino tenue, lo riposi nel esore; ridò fello l'animale morì 15 ore dopo, e la sezione mi mostrò gli stessi segni di acerbissima infiammazione.

§. 46. Metodo di DENARD. Sebbene in contraria alla cura nel tentare questo metodo, pure non mi riuscì di far l'esperienza, perchè l'estremità dell'intestino era talmente stelfe che non ei potei introdurre l'anello; e pensando io in tutti i modi, l'intestino mi si distese tanto, che darei desistere dall'insperanza leonide tagliando le parti offese, riunì l'estremità dell'intestino col metodo di JOHNSON. Me il giorno dopo il cane morì e fattane la sezione, cidi tutti i segni d'una ferissima infiammazione senza senza dubbio in conseguenza dell'aver tanto tormentato gli intestini.

§. 47. Metodo di BÉCLARD. Tagliato per traverso un intestino e allacciate due arterie del mesenterio introdussi l'una estremità nell'altra. Legai allora presso il margine delle parti superiore intorno l'intestino un filo di seta, e tirando leggermente l'estremità del filo lo strinsi, e tagliato il nodo il filo lo esposi nel ventre. L'animale, sebbene un po' abbattuto dall'operazione, poco dopo si richiuse. Passati 14. giorni uccisi il cane e ne feci la sezione. Quasi tutti gli intestini eran congiunti fra loro e coll'omento: leonide non mi fu dato il vedere in veruna parte, dove era fatta la legatura, e la congiunzione delle membrane si rose assai da BÉCLARD. L'intestino diecio per via delle legature era per la massima parte così congiunto colle parti vi-

sive, che i presunti intestini, l'omento e il mesenterio lo circondavan a forma d'involturo, le quali cose tolte di mezzo, l'intestino si mostrò in quel luogo aperto. Quindi non si può decidere se la parte morta sia stata potelea sia o no colle fecce. Accendo una seconda volta tentata questa esperienza, il cane morì il terzo giorno: avea un vomito fiescidissimo non solo di cibi ma fin anche di escrementi. Fatta l'apertura del ventre, ei trovai gran quantità di liquore gialliccio e marcioso. Quasi tutti gli intestini eran congiuntissimi fra loro e coll'omento, in ambedue i margini della ferita, una porzione della membrana sierosa era si congiunta e congelata: una puzza membrana fusa osservata anche da JOHNSON era riunito le estremità dell'intestino, ma col tirar leggermente poteasi rompere. Per la maggior parte poi l'estremità non era rimasta per il che versatesi le fecce ne nacque l'infiammazione, causa della morte dell'animale. Mi potrei per la terza volta e allora il cane morì dopo 4 giorni. Inciso il ventre, ne cense tosto fuori gran copia di liquore: gli intestini erano infiammati. Esaminato l'intestino, trovai che l'omento ammassato era circondato la ferita. In tutta parte era riunito le membrane sierose: la legatura era sciolta, da una estremità dell'intestino irancurella erano cessati gli escrementi: l'altra era per la lunghezza d'un pollice e mezzo invaginata in se stessa: e in questo modo era stato affetto impedito il passaggio delle fecce.

§. 48. Metodo di JOHNSON. Sebbene io mi sia procurato tentare il metodo da JOHNSON raccomandato per le ferite longitudinali, pure non mi riuscì mai di congiunger le labbra della ferita nel modo che egli propone, essendo difficile il ripiegare i lembi dalla ferita in maniera che la membrana pituitaria non emerga dalla cucitura. Il che non evitando non v'è difficoltà fra questa cucitura e quella de' pellicciai; e quindi anche l'esperienza che ne feci condusse al medesimo risultamento. Per seguirne il metodo raccomandato da JOHNSON per gli intestini recisi affatto disgiunti il mesenterio dell'intestino: il che fu causa che si recisero diverse arterie: le elaciaci, e finalmente potei a gran fatica ripiegare in se stessa quelle parti che cedel inficciare. Ma la difficoltà stava ora nell'introdurre le parti superiore nell'inferiore ripiegata e quindi ristrette. Il cane sebbene abbattuto dalla lunghezza e difficoltà dell'operazione, pure a poco a poco si risanava, e lo credetti che ormai scamperebbe la morte. Nel sesto giorno con difficoltà l'erai a fili passati per l'intestino; nell'ottavo l'animale renne e entrò a morte. Fatta la sezione riscontai quelle cose che già avea sospettato nel tempo che avevo cinto l'animale. La cavità addominale era ripiena del già tante volte rammentato



liquore: gli intestini eran per tutto afflitti da fierissima infiammazione e in qualche luogo anche erasi formata la cancrena. L'omento circondava a guisa di globo l'intestino pugnato. Gli intestini prossimi, sebben conglutinati fra loro e colla ferita, pure facile era disgiungerli. Essendomi prorato ad aprir per lo lungo una parte dell'intestino ferito tagliata, non potei in niun luogo penetrare neppure con una tenta sottilissima. Allora per veder meglio la cosa aprii con un coltello dall'alto in basso per lo lungo l'intestino. L'inferiore estremo dell'intestino in se stesso ripiegato non era in verun luogo congiunto col superiore: ma la parte ripiegata erasi per la membrana sierosa con se stessa rivolta, che sotto forma di un cono chiudeva interamente dalla parte di sotto l'intestino. L'estremità superiore era ritenuta nell'inferiore soltanto dall'omento e dai prossimi intestini, ed era piena di escrementi, di cui anzi una parte erasi versata nel ventre. Erò non era maraviglia, essendo la parte inferiore dell'intestino affatto chiusa. Mi provai una seconda volta, e il cane nel terzo giorno morì. L'estremità degli intestini non eransi attaccate insieme, ma eran ritenute l'una presso all'altra dalla rutilina, dall'omento, o dagli intestini prossimi. Ricontraì pure nella cavità addominale lo stesso liquore rosaccio marcioso, e gli intestini grandissimamente infiammati. L'altra volta l'esperienza ebbe pure il medesimo triste successo. Il cane, ai morti dopo due giorni, e nel cadaver essere ai medesimi fenomeni.

§. 46. Metodo di REYBAUD. Incisi un intestino tenue per la lunghezza d'un pollice, e avvicinando la labbra della ferita fra loro su una piastra di legno munita d'un filo, uniti, tirando il filo, l'intestino al peritoneo. L'estremità del filo furono fermate sì di fuori. Prima però che tentare il tempo di far ar secondò il precetto di REYBAUD il filo, l'animale morì. Appariva l'addome pieno intieramente d'un liquore gialliccio: gli intestini e l'omento erano infiammati. Trovai la ferita dell'intestino leggermente attaccata coll'omento, ma non tanto che la chiudesse. Due altre esperienze che ripeteci di questo metodo, mi condussero al medesimo fine. Non può poi adottarsi in verun modo negli animali il metodo proposto da REYBAUD per le ferite che penetrao internamente e per traverso l'intestino.

§. 50. Metodo di LEMASAR. In queste esperienze trassimi sempre coll'ago non solo la membrana sierosa, ma anche la muscolosa. Con quattro cuciture riuniti un intestino tenue inriso per la lunghezza quasi d'un pollice. Il cane sebbene oppresso in principio dall'operazione, pure non molto dopo cominciò a prender con grande avidità cibi che gli si davano. Passate quasi dieci settimane uccisi il cane e uccisi la sezione. La ferita esterna era

totalmente riunita e quella dell'intestino era talmente ricatrizzata che donai fatica a trovarla, dopo aver osato con attenzione tutto il tratto intestinale. In niun luogo eran adesi gli intestini, né coll'omento, né col peritoneo, né fra loro: solo l'omento era leggermente attirato alla ferita esterna. Nel luogo ferito appariva al di fuori una linea bianca come qualunque cicatrice la più dura in altre parti. Aperto l'intestino per lo lungo, vedessi una linea trasversa che la incrociava. La prominenzia poi formata dai labbri ripiegati non pote vedersi in alcun luogo e il diametro dell'intestino non era punto ristretto. La membrana villosa era perfutto continua, in niun luogo interrotta, e finalmente tutto concesso a dimostrarci ad evidenza che i lembi dell'intestino eransi direttamente riuniti senza il mezzo di alcuna membrana. Non potei trovare i fili adoperati per la cucitura: onde è verisimile che restassero via colle fecce.

Allora congiunni recando il metodo proposto da LEMASAR un colom inciso per la lunghezza quasi d'un pollice. Il cane fu da principio oppresso dall'operazione, ma non molto dopo si riebbe e non si vide sconcertata veruna funzione del corpo. Passati 24 giorni disseci il cane, e vidi tanto perfettamente ricatrizzata la ferita dell'addome e dell'intestino, che appena ne potei scorgere la cicatrice. L'intestino non era adeso né all'omento, né al peritoneo, né ai prossimi intestinali. La prominenzia nella parte interna dell'intestino formata dai lembi della ferita ripiegati era quasi rivolta, e la membrana piliforme non era in alcun luogo interrotta, né più angusto appariva nel luogo ferito l'intestino. Avendo io furso la cicatrice si trovai tre fili rivolti nella membrana villosa, la quale tagliata, si poteva levar facilmente, non essendo in verun luogo adesi all'intestino.

Sembrandomi di qualche importanza osservare il modo e la via per cui si forma la cicatrice, uccisi gli animali a diversi intervalli dopo l'operazione. Avendo ucciso un cane quasi sei ore dopo l'operazione, trovai che dalle membrane sierose e intorno alla ferita trasudava della linfa, e che quelle erano infiammate e leggermente arrossite. Avendo tagliata con gran circospezione la parte ferita dell'intestino, come pure sorbe le cuciture con cautela, trovai che le labbra dell'intestino eran già leggermente conglutinate, rosicche levate risorbe la cucitura risuonò vuota. Facilmente, tirandole, si disunirono. La qual linfa plastica dopo 24 ore era più solida, e dopo 40 giorni e mezzo eransi i lembi della ferita talmente riuniti, che anche senza la cucitura non poteano disunirsi con tanta facilità nel terzo giorno poi il ristauramento era perfettissimo. Due esempi posson ciò provare. Un cane tre giorni dopo l'operazione senza con-

sciuto molto o non. Essendomi recinto al rannare gli intestini, trovai presso la ferita un'unglia di molare talmente fissata che impedì affatto il passaggio degli escrementi. Sebbene, come si può vedere agevolmente, l'intestino fosse rotto, pure la labbra della ferita era ben tanto congiunta, che non era però tenuto dalla cicatrizzazione, ma per una coagulazione, il che può dimostrarsi perché le labbra della ferita rimasero riunite anche dopo tagliata la cicatrice, e le cicatrici veramente non avrebbero retto. Non molto dopo inserai un cane mortale giorni dopo l'operazione: sgorgò molto dal ventre in gran copia del liquor rosiccio, gli intestini e l'omero grandissimo infiammati erano divenuti rossi fra loro coagulati, non ostruiva però la ferita. L'intestino si ebbe in poco tempo aderente alla peritonite, e rimase. Tagliai longitudinalmente l'intestino in corrispondenza della parte ferita, e trovai un globo di capelli avvolti che lo chiudeva in totalità. Un ribello di ferro che era dentro a questo globo era già forato in un punto l'intestino, il che senza dubbio fu causa principale dell'infiammazione ed il suppurazione fu veramente meraviglia che non ostruì queste divergenze così bene e presto si fosse ricatrizzata la ferita. Avendo ucciso alcuni animali otto o dieci giorni dopo l'operazione, trovai l'intestino rotto per mezzo d'una membrana falsa coagulata cogli intestini prossimi: ma potrei però asserire quasi sempre con certezza che anche fra dentro alla ferita. Raramente si trova questa membrana fra i margini della ferita, mentre ciò può accadere soltanto quando allontanati le cicatrici vi resta qualche spazio fra i lembi: il che ho riscontrato una volta sola. Si estendeva poi la suddetta coagulazione, secondo le infiammazioni aderenti, per cui mezzo riunisce i margini della ferita, e così avvolta anche ai prossimi intestini. Se poi uccideva gli animali quattro settimane dopo l'operazione o più tardi ancora, trovavo l'intestino quasi sempre staccato del tutto dalle vicine parti. Molti esempi valgono a dimostrarlo. Generalmente il luogo ove da principio l'intestino era attaccato alle parti vicine poteva anche quando era sciolto distaccarsi per mezzo di quelle membrane. Le quali distinzioni pare che si faccia d'ufficio a sé, mentre dopo vari giorni io vidi riuniti come con fili gli intestini che si ruppero col solo tirarli appena. Ma mi pare che molto possa influire su questa coagulazione la quantità delle cicatrici; infatti avendo io riunito una ferita d'un intestino tenue della lunghezza quasi di tre pollici con 32, cuciture, e ucciso poi il cane per farne le analisi tre settimane dopo, riscontrai gli intestini perfettamente uniti, e la ferita della sopraaddetta membrana

così congiunti, che io temetti che non si sarebbero mai separati. Qui mi pare che causa principale di non si potesse coagulazione della ferita l'infiammazione diffusa più di quel che fosse necessario per riunire la ferita. Per veder bene qual differenza potesse far la riunione dei pelliccioli e questo metodo, riuniti una stessa ferita intestinale per un quattr'ore, e parte con quella in questione. Quella parte di ferita unita al modo dei pelliccioli era per tutto ricucita ai prossimi intestini, e aperta e congiunta solo col mezzo di quella membrana formata dalla linea pleurica che durante, la quale rimossa fece vedere la ferita: quella parte poi unita al modo di Lessert la ferita perfettamente e direttamente riunita, e in non luogo attaccata alle parti vicine. Per poter decidere della verità di quel che Lessert sostiene di tutte le cicatrici, cioè che il ferito si cura soltanto quando si strappano le cicatrici, riunendo col metodo di Lessert una ferita intestinale per il lungo per il collo l'ago le sole membrane serbano; poi, riposti con tutti gli intestini nel ventre, e congiunti la ferita esterna. Il giorno dopo il cane essendo morto, ne feci la sezione. Tutto aperto il canale venne fuori una grandissima quantità di liquor trasudato, e gli intestini rossi per tutto mostravano un'erisipela infermentaria. Le cicatrici erano secondo il mio desiderio sciolte, e la ferita era talmente aperta che le fecce erano versate nel ventre: e in tutto luogo era l'intestino longitudinalmente colli parti vicine.

Mi resta ora a dir qualche cosa delle ferite trasversali e delle ferite del modo proposto da Lessert, e delle molte delle cose dette per le ferite longitudinali potrà riferirsi anche a queste. Primieramente toglii il collo di un intestino, e allargate tre pollici mi potrei a riunir l'estremità come prescrive Lessert. Il cane poco dopo si ricucì. Quattro giorni dopo uccisi il cane e l'aprii. Aperto l'addome non potei trovare luogo ove gli intestini o l'omento fossero attaccati o fra loro o colle altre parti: e la ferita dell'addome era così ricatrizzata che non potei trovare neppure la cicatrice. La ferita dell'intestino era direttamente riunita, e a tanto potrei trovare il luogo ove l'intestino era stato diviso. Dentro pure apparivano i lembi della ferita perfettamente riuniti, e le membrane villosa non era in luogo alcuno interrotta. Le parti ricucite sebbene non perfettamente ancora riunite, pure non impedivano punto il passaggio degli escrementi, e anche in quel luogo ben poco più stretto l'intestino. I fili servirono per ricucirlo non gli potei trarre. Poco dopo riuniti nello stesso modo con altri ricucire un intestino tenue quasi trovato sciolto. Il cane non molto dopo si ricucì in maniera che non fu disturbato in tutto modo l'economia della vita.

Trenta giorni dopo ucciso il cane, fo da me dissacrato e trovai le parti ferite dell'intestino un po' ascrete al vicino, che tirato leggermente ateeni. Del resto gli intestini non eran ne tra loro nè colle altre parti congiunti. L'estremità dell'intestino era direttamente e benissimo rietterate: di fuori avevano la cicatrice una linea lilinea, di dentro una piccola prominenza tal però, che non poteva mai riuellarlo allo scolo delle fecce. Le membrane villosa una era lu ed un luogo internotte. Le terza esprimeva sotto collo striso molto mi conlisse al medesimo fine: e i lembi ripiegati dopo venti giorni erano ancora un po' prominenti. Nella quarta volte però tutto andò secondo i miei desiderj. Cacci una feila intestinale della lunghezza di un mezzo pollice. Avevo speato l'animale ucciso dopo cinque settimane, vidi la ferita essera perfettamente intestinale: di fuori una incavatura lineare cui velo indicava il luogo della ferita, i lembi epiiegati drile due estremità eran totalmente uniti: la membrana pituitaria era per tutto continua, e gli intestini non eran in verun luogo attaccati ne fra loro nè colle parti vicine.

Perchè però le cose valon bene, se il topo di non trascurar di badare che le membrane, diense si tocchino esattamente, e che la membrana pituitaria non si interrompa fra le anse. Quando riuscì col metodo di LAMBERT il primo intestino quasi troncato per traverso non ossevai con tutta diligenza questo preetto. Passati vintotto giorni quei il cane, riscuotasi gli intestini attaccati coll'omento e fra loro. In quel luogo apcielmente ove era stato rotto l'intestino era talmente conglutinati che bisognò usar il coltello per specerli ebbene però la ferita fosse perfettamente riunita. Le membrane sciolte eran soltanto leggermente riunite di dentro coi margini delle ferite. Due esempi poi mi somministraro oppoetima occasione di contempler il modo che tien le nature nella guerigion di queste ferite. Una cagna vicina a partorire poco dopo l'operazione avendo preetto, morì dopo 36. orri: sgorgo dall'ubbone aperto gran copia di liquore roseo, e gli intestini erso dovunque acroniti, il che mostrava con evidenza essere stata una fiera infiammazione la cause della morte. Nonostante però questo stato di rose confusione, le ferite dell'intestino avea già cominciato a ciontrizzarsi. Le estremità della piega era rosse, e una linfa plastica che era tenduta dai lembi della ferita avea già talmente riunito le estremità dell'intestino, che sciolta la cucitura stava attaccata fra loro. Il cane gie (§. 46) emarginato, sopra eni avea invano provato il metodo di DUBOIS, morì. Siccome l'estremità dell'intestino in eni era provato e intralor gli anelli eran molto lacerele, avendo le teghete, riuscì l'in-

testino col metodo di LAMBERT. L'animale che avea tanto sofferto non dopo 10 ore. Fatta la sezione vi riscontrai tutti i segni i più chiari dell'infiammazione. Esculento rosso ed ossece con diligenza la parte dell'intestino lesa, vidi primariamente le estremità divolate rose nel luogo ove era stato tagliato. I lembi della ferita già con linfa plastica, come con colla, eran conglutinati in modo, che rotte le estremità eran di questa linfa tenuti fermi.

Tenendo erodere nell'freite degli intestini che non se ne perda una porzione, e che si abbia levare per essere intransigente, io feci anche su ciò delle esperienze. Tagliai da un intestino tenue una porzione lunga quasi due pollici, e alluciate le arterie che facevan tutte nel separare il mesenterio, riunii le due estremità nel modo proposto da LAMBERT. Il cane poco dopo l'operazione si riebbe. Dopo 40. giorni, l'acina, e trovai nella sezione la ferita intestinale, come si poteva meglio vedere, ricomestata in modo, che era difficile il trovare il luogo ove l'intestino era stato leso. Al di dentro per i lembi della ferita era uniti perfettamente, e la membrana villosa per tutto continue. Le parti ripiegate e le principii prominenti eran del tutto scomparse: e gli intestini non eran nè fra loro nè all'omento nè al peritoneo aderenti. La seconda e terza volta che ne ripetei l'esperienza ottenni il medesimo felice esultamento.

§ 51. Siccome i fili sebbi o annodati dalla parte di fuori pare, come altri ancora hanno osservato, spesso vengon via colle fecce, mi pare che sarebbe stato utile l'adopere un metodo che vi cooperasse. Con quest' intenzione ricorsi in pratica il metodo comunicatomi dal mio carissimo BERNICENNA. Egli raccomandò di annodare i fili in modo che tutti i nodi vengon di dentro. Il che io non potei mai fare nelle ferite longitudinali, essendo in queste ferite più difficile il mettere insieme i fili in modo che tutti i nodi vengon dentro: il che se anche mi casasse, non potean queste cuciture in alcun modo impedire che con assiperga ecco i lembi delle ferite: e perciò usando questo metodo, gli intestini prossimi, come mi fe veder la pratica si conglutina nel modo che ho detto di sopra parlando della cucitura de p. illice). Non ostante esperimento riuscito a buon fine negli intestini troncati effatto per traverso mi mostreron darsi in tali circostanze usar questo metodo. Tagliato effetto un intestino tenue feci passare per le due estremità, collocate dappresso l'una all'altra, non filo armato di un ago tanto lontano del margine quanto bisognava perche le membrane si toccassero. Avendo la prima volta provato questo metodo sulla fine dell'operazione non annodai i fili come bisognava: ma perche la ferita rimaneva, le congiunsi col metodo

ciare al peritoneo l'intestino ferito. Se poi nelle ferite che son più larghe, volendo usar questa euritra, torcia non in un sol filo le anse, la ferita dell'intestino non si riunisce mai, ma piuttosto si apre di più: ma ponendo anco che si riunisca, ciò non può seguire che per la lina plastica che si cangia in membrana; nel qual caso non è da temersi che il lume dell'intestino viene ad esser molto ristretto. Nelle ferite trasversali o nel caso che l'intestino sia totalmente diriso questo metodo dee rigettarsi affatto.

§. 54. Alla cucitura de' quattro mestri può obbiectarsi che per la contrazione de' muscoli circolari è difficilissimo introdurre nell'intestino un cilindro di carta da giuoco o una trachea che i margini della ferita non si riuniscono per l'atto direttamente, e quindi seguendo il versamento della lina plastica gli intestini si coaglutinano, e vien così ad essere impedito il moto peristaltico: di più anche, che per via del cilindro fermato nel tratto intestinale possono nascer nuovi pericoli, specialmente essendo gli intestini prossimi in gran parte adesi insieme.

§. 55. Molte delle obbiezioni già fatte alla cucitura de' quattro mestri, possono pur farsi al metodo raccomandato da RAYMOND. Segue anche di più nell'uso di quarta cucitura, che la membrana sierosa d'una estremità tocca la piluitaria dell'altra, e allora non può seguir alcun risanamento. Per non ostante le estremità si riuniscono col mezzo di quella lina plastica, che trasulata dai margini dell'estremità che ricorre l'altra, si cangia in membrana. Ma il più gran difetto di questo metodo è la gran difficoltà di far ridurre una estremità dell'intestino nell'altra, perchè, tagliato l'intestino, l'estremità per le fibre de' muscoli circolari si contraggono tanto che non gran fatica possono aprirsi, e quand'anche si potessero, l'intestino viene ad esser notabilmente ristretto. Non v'è poi cosa che possa più persuaderci a rigettare questo metodo, quanto l'inertezza, in cui siamo sempre, qual sia l'estremità superiore, qual l'inferiore, del che non ne possiamo avere alcun segno certo. Nessuno a' priori il rimedio insegnato da LOCUS. Laonde è ben facile l'introdurre l'inferior parte nella superiore, il che può portar grave danno e anche la morte, mentre non solo può venire a restringersi, ma a chiudersi affatto l'intestino. Poichè le fecce possono facilmente comprimer la parte inferiore introdotta nella superiore da farla riguar sopra sè stessa, e quindi tocare le membrane sierose possono facilmente restare attaccate, e chiudersi l'intestino. Dee considerarsi anche, che dorendo piacere il intestino si compon di grosse arterie, le quali anche allacciate possono far tutte una grande e anche mortifera emorragia, di cui ne dà un esempio LAMBERT, e quindi anche non av-

BIARRA Vol. II.

tenga, non è una bella cosa alla ferita aggringern senza bisogno un'altra coll'operazione.

§. 56. Il metodo di RYSON parla pur seco i molti degli inconvenienti rimproverati a quelli sopra esposti. Secondo questo metodo pure l'estremità intestinali non si congiungono: so non per mezzo di quella lina plastica che poi divien membrana; ma v'è di più che il filo fatto passare per l'intestino e il cilindro introdotto lovi impediscono il passaggio delle fecce può esser causa di grave danno; e fatta la coaglutinazione è difficilissima il levar via il filo quasi riuniamo nella quarta membrana, il che a me certamente non rinf' giammai.

§. 57. Sebbene GIBSON e DESHAUTZ abbiano cercato di correggere il metodo di RYSON per la parte dell'inconveniente del filo, pure non può approvarsi il loro metodo per molti de' motivi che ho detto di sopra. I quali pure bastano a far rigettare i metodi da BAILEY e WATSON proposti.

Nel modo con cui esorta la PAVONIE di riunir le estremità degli intestini, non è mai possibile che si riaderanno, perchè non basta il ritenere gli intestini in questo modo a ricucirli per ragione della continua loro agitazione: e perciò osservai che si versan le fecce e ne segue pronta la morte.

Il consiglio di A. COOREA di riunir le ferite intestinali di punta col legare l'apertura dell'intestino, non è punto da preferirsi alla cucitura, perchè, mentre la legatura e causa di una minore irritazione della cucitura, non può argarsi da alcuno che per impellar che si vengon gli estremi è molto più ricco il cile degli intestini che il legarsi. Ed è anche da avvertirsi che con la sutura si riuniscono direttamente, ma con la legatura non mai.

Sembra non far retto giudizio S. GORDON, quando egli vuole poter col mezzo d'una sola cucitura riunire una parte di intestino tagliato trasversalmente per che in questo modo non può mai impedirsi il versamento delle fecce nel ventre, a meno che gli intestini ricui e l'apertura formando esser una rassetta impediscano il passaggio degli escrementi, il che senza dubbio assai di rado avviene. E quindi anche in questo modo si riunirser gli intestini, noi dovremmo più tosto temer sempre che si attaccasser insieme. Molto più poi dee rigettarsi l'idea di riunire con due cuciture un intestino transecto affatto, perchè come ho osservato, non si può impedir mai che le fecce si versino nel ventre.

§. 58. Sebbene molti esempi scritti ei mostri chiaramente che le piccole ferite intestinali si guariscono senza l'aplo dell'arte e per le cure della sola natura, pure s'egli FARLAN quando giudica che tutte le ferite della grandezza d'una penna d'oca s'erano fissate alla natura, anzi da queste infitti potterber ver-

siasi le fecce. Per il che, quando troviam gli intestini fuori uscita, debbon queste ferite esser cucite, perche la membrana villosa, sebbene puo che la ferita sia chiusa, non basta a impedire che gli escrementi si vengano. Un'esperienza rimembrata di sopra (§. 44.) può abbastanza ciò dimostrare. Senza dubbio tutti quelli che condannano la rottura si fidan troppo alle forze medicatrici della natura. A ragione poi Tarvass non conviene con quelli che pensan non potersi guarir un intestino ferito fuorché col conglutinarsi col peritoneo. A sue non viene fritto l'oservar mai la sudorata conglutinatione, sebben cercasi in ogni modo d'avvivir l'intestino fritto al peritoneo. Tre non men birisimili qualunque cosa fatta possino per l'intestino o il mesenterio perche si conglutini l'intestino nelle parti vicine. Solo rarissimamente e forse un raro questo metodo si guarisce una ferita intestinale, il che se avvenisse, si potrebbe fare senza l'ansa. Mi unico pure a Tarvass nel sentimento che egli dà sulle cuciture, quando sostiene che volendo cucir la ferita, che istante riunirsi da non lasciare altro interstizio onde si vengano le fecce, che portano a pronta morte.

§. 59. Dalle cose sopra dette chiaramente rilevasi perche debbe repudiarsi il modo di Lemassanca. Dalle tante esperienze risulta ad evidenza che con esso non può mai guarirsi una ferita intestinale. Può solo salvarsi il malato, se rinviato l'intestino offeso alla ferita dell'addome si formi un suo artificiale. Ma se poi si ripongon gli intestini nell'addome, non può forse mai, secondo me, guarirsi la ferita, quant'anche col mezzo d'un filo passato pel mesenterio ritengasi l'intestino leso presso la parete addomiale, perche la membrana pilositaria ripiegata non può mai conglutinarsi col peritoneo: e Lemassanca va molto lungi dall'erro, quando crede non aver la cucitura altro oggetto che ridurre l'intestino leso presso al peritoneo. Il che non penso aver bisogno di ragione per esser dimostrato, perche è chiaro da quel che segue. Poiché mai può l'intestino conglutinarsi in modo al peritoneo che venga ad esser chiusa in queste maniere le ferite, ma solamente può aver evento alle volte per gli intestini prossimi e lontano che li circondano: appena, appena e neppure può in questo modo ocche ferite più larghe impedirsi che si vengano gli escrementi, mentre li ho veduti versarsi dall'apertura di ferite piccolissime, le pareti chiuse dalla membrana mucosa. Se poi Lemassanca ripulir ogni cucitura nelle ferite che trovansi vicino all'addome, quando non può e nelle uscite senza dirla la ferita esterne, egli fa perche osservar che nell'entrare intenesse le fecce si versano sempre dalla ferita addominale, io non d'accordo. Nell'entrare avvenente, pria che gli intestini

sien ridotti dalle canere, non per l'infiammazione che la precede così ritacciati al peritoneo, che non è più possibile che si vengano le fecce nel ventre. Ma la cosa non va così nelle ferite intestinali, e difficilmente può stabilirsi che debba in tali circostanze accadere ciò. Se esplorando col dito si trova l'intestino già conglutinato colla ferita dell'addome, niuno certamente rimpetere la cucitura: ma se poi l'intestino può estrarsi dal ventre, io preferirò sempre il ricucirlo che il fare un suo artificiale. — Dee poi avvertirsi che la dilatazione della ferita esterna, come l'esperienza mi ha mostrato, non è di tanto rischio, come alcuni si pensano. Io non convengo punto che solo debba cucirsi la ferita d'un intestino fuori usito dal quale si versano le fecce nel solo caso, in cui riposti intestini, non vedessimo la ferita rimanere presso quella dell'addome. Ottimamente poi Lemassanca rigetta il consiglio di Rorosa, di ridurre l'intestino col mezzo d'un ansa passata pel mesenterio: ma la sbagliò quando vuol rilasciare alla natura la guarigione dell'intestino ferito. Quando un intestino fritto si è prolato, non solo non credo che nulla osti alla rottura, ma non sozi persuaso che non vi sia altro mezzo per ottenere più sienza e più pronta la guarigione, purché si cerchi con i mezzi opportuni di mitigar l'infiammazione, il che non si riesce mai nell'infiammazione seguita per il versamento delle fecce. Io non posso poi intendere come nel riprodurre gli intestini, si possa riconoscer se ricurga o no presso la ferita esterne quello fritto, e anche quando si riconosce benissimo, pure secondo il mio sentimento, non si può in verun modo col far passare un filo pel mesenterio a fin di avvincher l'intestino offeso al peritoneo e alla ferita esterne, salvare il malato, perche non solo non s'impedisce il versamento delle fecce, ma anche la membrana pilositaria ripiegata non può aderirsi col peritoneo. Nelle ferite trasverse l'ansa fatta passare oel mesenterio non può produrre altro vantaggio, che d'impedire, col fare un ano artificiale, lo scolo degli escrementi nel ventre. Ripiegandosi infatti in un intestino tagliato gli estremi in modo, che non si scorgano dalla ferita ma le membrane pilositarie rovesciate si tocchino, in questo modo, tenendoli anche fra loro vicini, possono riunirsi. Se avviene per caso che le membrane si riora dell'intestino si conglutini col peritoneo presso la ferita dell'addome, non può impedirsi lo scolo delle materie dal ventre se non nel caso in cui gli intestini prossimi che circondano la ferita l'impediscono, o l'estremità dell'intestino vengano ad introdursi nella ferita dell'addome in modo che formi un ano artificiale. Inonde o necessario il cucir sempre queste ferite, perche non solamente le estremità dell'intestino si riun-

arona, ma per impedire nel solo scolo delle fecce. Sostiene anche Lazzaruzzi che le ferite intestinali non si riuniscono direttamente, perchè le fecce che penetrano fra le labbra della ferita e il moto degli intestini lo impedisce. A confutar questa opinione mi basta il richiamo a quelle esperienze da me fatte secondo il metodo di Lassus, che mostrano la possibilità di questa congiunzione diretta. Osservai anzi de' casi, in cui gli intestini cuciti in quel modo, non solo dalle fecce e dal moto peristaltico, ma neppure da corpi esterni tenebasi nel posto della ferita, e non stati separati. E in quanto al moto peristaltico, è questa un'obiezione che può farsi piuttosto al metodo di Lazzaruzzi, di Scarpa e di altri: perchè questo impedisce assai meno la riunione dell'intestino col peritoneo e coll'altre membrane sierose, che hanno in mira cotesti autori. Da tutte le cose dette e mio credo si rileva, che tutto quel che Lazzaruzzi propone per guarir le ferite intestinali, si appoggia sul principio che queste non possono guarirsi se non per la congiunzione col peritoneo, principio dimostrato falso da Traversi non solo con ragioni, ma anche con esperienze: il che ho voluto per confermarsi in quelle che io stesso ho fatte.

§. 60. Tanto più poi resto meravigliato dell'opinione di Scarpa che non solo rigetta ogni cucitura, ma fin anche una rima passata pel mesenterio. Perchè, sebbene questa rima, per l'oggetto per cui è da tutti lo scopo, non concluda, pure nell'esperienza da me fatta ho trovato sempre che gli animali non son morti così presto, ritenendo coll'ajuto di un anse l'intestino lesa presso la ferita dell'addome, come lasciando fare all'arteria. Se coll'ajuto d'un filo avvicinassi l'intestino alla ferita esterna si può sperare che fortuito un ano rettificato si salvi la vita dell'animale, ma quasi mai ci torra neppure questa speranza, se lasciamo tutto alla cura dell'arteria. Egli crede che sia bastato ragioner sostenere la sua opinione l'aver veduto che la maggior parte dei fecali, la cui adoperarsi la cucitura è chistighi unisserne e non morire: ma poi non conferma ciò che dice con esperienze provate sugli uomini o sugli animali.

Primariamente è gran questione, se più sieno i casi di intestini feriti o prolapsi guariti naturalmente, o quelli guariti con la cucitura: e principalmente poi se al contar gli esempi degli ultimi tempi, molti de' quali ha lasciati scritti Lassus. E anche si notarsi che molti degli esempi di quelli che lasciar all'arteria son morti, non son stati scritti: e il più molte di quelle ferite che si dicono essere state guarite naturalmente eran fatte con penne tanto piccole, che facilmente si erano ricongiunti colla puchi prossimi Raris-

simamente poi si trovano esempi di intestini fuori usciti e con ferita larga, che sien guariti naturalmente. Invece noi abbiamo in questa ultima tempi esempi molti di ferite larghe guarite per mezzo della cucitura. Dalle esperienze che si trovano in un cadavere molto dopo sezionato, non si può congetturare altrettanto quali fosse le ferite che l'hanno fatte nascere. Ed anche da inferirsi che in molte ferite che praticammo nella cavità dell'addome, spessissimo gli intestini non son lesi in alcun luogo, come io ho veduto nel farne l'esperienza. Siccome poi, come ne fu menzionato Janssen, in queste ferite una sola membrana degli intestini può essere offesa, si può comprendere agevolmente, come i feriti sian stati salvati con una cura conveniente, col metodo radiografico ec. Nelle ferite, in cui non tenervi l'intestino protratto, certo ognuno la pensa in questo modo, e non adopererà mai la cucitura. Ma la cosa è molto diversa, se le ferite degli intestini fuori usciti son larghe. Sebbene alcuni esempi scritti mostrino che questo possono guarirsi naturalmente, pure non ci ragioneremo mai a lasciare alla natura senza curare tutte queste ferite, specialmente essendo così tutti i casi felici. La natura allo volte può molto o ciò si può osservare nelle altre malattie che alle volte anche a dispetto de' rimedi guariscono. Mi fa meravigliare come Scarpa possa sostenere che l'intestino ferito e ben lungi dall'allontanarsi dalla parete dell'addome, ma che piuttosto avvicinandosi sempre al peritoneo si ricongiunga nella ferita esterna e si salda così con quella e col peritoneo, che le fecce non nel ventre, ma fuori dalla esterna ferita si versano. Sebbene tutti sappiano che gli intestini con gran forza e celerità protraggono dalla ferita dell'addome, pure ciò non può mai permetterci a lasciar queste ferite alla natura che sola le guarisca. Il primo argomento contro questa opinione è la continua agitazione degli intestini. Sebbene con pretesti di congiunzione fecale, pure adoperando il metodo di Scarpa, non ho mai osservato la suddetta congiunzione col peritoneo alla ferita dell'addome, per quanto giuramai sieno molti 36. ore dopo l'operazione. Si oppongono anche a questo modo le cause riunitive di sopra. Se le ferite addominali e larghe, il più delle volte si prolapsa l'intestino, e introdotto nella ferita esterna ingrossa, che la membrana sierosa possa congiungersi colle labbra della melesima, facilmente e senza verun danno può tanto estrarsi dal ventre quanto basta per curare la ferita. Allora poi solamente il malito è siero dallo scolo degli escrementi nel ventre, quando l'intestino pria d'esser ferito era congiunto col peritoneo, e se accade per caso, il che vuol esser ben raro, che l'omento e gli intestini coprisser talmente le

fiere, che non potesse versarsi in alcun modo le fecce e perciò si raddensare. Ebbi sarà così temerario da usare, in un modo che non ci lascia quasi speranza di salute. Se ora s'agghiò nel congelarsi da ciò che avviene negli intestini grossi qual che regne nei più sottili. Ma non solo l'esperienza, ma anche il sito e la struttura degli intestini grossi mettono chiaramente che le loro fecce non son mai di tanta conseguenza, quanto quelle dei tenui. Può facilmente colla congiunzione degli intestini grossi e delle parieti dell'addome si impedisce il solo degli esser mutati nell'altre, perchè gli esser mutati si ditate rimangono di fuori. Sebbene rien gli intestini molto irritabili, pare Se ora gli fecce più del pinto, e falsamente per questo disprezzò la cucitura: a dimostrare la qual cosa, io ritenni una ferita longitudinale d'un intestino tenue con 22 cuciture: il cane non rito per dopo si riebbe, ma non fu stabile alcuna funzione del corpo: senza dubbio fin da' tempi più antichi il pericolo delle ferite intestinali fu non giustamente ritenuto oltre il dovere. E se fosse in molte malattie di intestini potrebbe aver grande aiuto l'arte di cucire, e le diagnosi della malattia e il luogo non ci fosse spesso negato. Molti esempi scritti ce lo dimostrano. L'opinione di Scacae che gli intestini ritti giurassero non nel caso che si trovi il filo e cucitura prius di funzionamento dell'esempio sopra errato.

§ 61 Nella descrizione dell'esperienza ho già relato un caso non mai riuscito di legare il modo di Dezano, e non so introdurre come egli l'abbia cui successo generale sui cani. Non importa menzionare le ragioni, per cui questo metodo de' rigittarsi: nullo realmente sarà d'ogni d'alcun parte sugli uomini.

§ 62 Sebbene il metodo proposto da Bizzacchi sia stato da lui e da altri provato con prospero successo sui cani, pure tre riproverò che ne feci mi mostrarono che non può nel tentarsi senza gran pericolo. Il primo inconveniente si è che, quando anche l'esperienza riesce bene, io ritengo gli intestini talmente tra loro congelati che non potran in seguito mettersi separati in fra del modo peristaltico. Di quanto male sia questa congelazione io l'ho già detto più volte. Si può anche a questo metodo opporre il restringimento che trovo nel luogo dove era legato l'intestino, restringimento nato dell'essersi allungando dal loro posto l'estremità intestinali quando fu rotta la legatura, e quindi non si rimarginano come bisognava. Giocarmi poi l'estremità intestinali si rinnova come pretende Bizzacchi ma soltanto perchè, formandosi della lufa pletica, pria che sia rotta la legatura, una nuova membrana, questa gli lino fermi. La qual lufa congiunge ebe coll' intestino libero gli intestini prossimi in modo, che essi

e la membrana muova le ricorren in forme di rassetto, e perciò non si ponno mai gli esser mutati restor nel ventre. Si può e quale meglio anche ribellare l'intervallazione dell'intestino, del quale inconveniente ho parlato di sopra: poichè senza dubbio nell'esperienza sopra riferita ne seguì la morte, perchè l'estremità inferiore era stata introdotta nelle superiori. Poichè le fecce avran ripiegata in sàstir l'estremità inferiore riesche la membrana si era esser tra i ritevate in impedito il passaggio delle fecce, e colla l'estremità superiore si versaron queste nel ventre e l'anime morì. Dove anche in questo metodo temersi l'emorragia dalle arterie tronate. Finalmente, poi non so se la cucitura o la legatura terli più gli intestini: mi basti per mostrare che questo metodo non è da praticarsi.

§ 63 In questa il metodo proposto da Jossay per le ferite longitudinali, mi pare che non differisca molto dalle cuciture dei pellicci, mentre con quelle si congiungono intimamente non le membrane ricose ma le mucose. Perciò rimando quel che ho detto delle cuciture dei pellicci. Non ha poi ragione Jossay di dire che non importa, se si passi coll' ago la sola membrana ricosa o tutte le membrane de' l'intestino. L'esempio sopra riferito mostra chiaramente che si rompe facilmente la cucitura, se si rinea la sola membrana ricosa: e quindi ne segue che si versan le fecce nel ventre, il che porta sempre e prontamente la morte.

In quanto al metodo per le ferite trasverse; io sostengo che è questo di tutti il più difficile, per esser di gran difficoltà il ripiegare sopra se stesso l'estremità dell'intestino. Poichè le fibre trasverse di muscoli si contraggono con tutta forza che arrossi un dito vien quasi ad esser stretto. E quindi facile il compendire quanta pena costi l'introdurre l'estremità superiore dell'intestino nell'inferiore, mentre questo si contrae subito appena levato il dito. Non dee anche trascurarsi l'avvertire che in questo metodo dee di qua e di là sciogliersi il mesenterio, e perciò s'è pericolo di emorragia per il romperli delle arterie. Ma il più grand'argomento che fa contro questo metodo si è che in alcun modo può dirsi legarsi l'estremità superiore dall'inferiore: donde può accadere egualmente l'introduzione della superiore nell'inferiore, o al contrario, mentre ciò porta grandissimo pericolo al malato. E quando anche per fortuna si introduca la superior parte nell'inferiore, pure rimane a restringersi tanto l'intestino che può facilmente impedirsi il passaggio delle fecce. Vi è anche un'altra causa, come osservi in no'esperienza, che può facilmente ritenere le fecce: siccome gli intestini tagliati per le fibre muscolari, come ho spesso osservato, si contraggono con gran forza e per gran

tempo, la parte inferiore dell'intestino respinge quasi la superiore introdottavi in modo che si scioglie qualunque congiunzione. Per queste contrattioni delle fibre muscolari la membrana sierosa della parte inferiore ripiegata si coarctò e si riunì, onde l'intestino nella parte inferiore rimase chiuso affatto. Supponghiamo anche che le estremità dell'intestino fossero riunite, il che però non avvenne in questo caso, pure l'animale sarebbe morto per il trattenimento delle fecce: quindi io credo necessario il rinviare con più cautela l'estremità degli intestini. In altre due esperienze trovai l'estremità dell'intestino sempre disgiunte; le quali ragioni sembra che mi dien diritto di rigettare assolutamente questo metodo.

§. 64. Parimente non può provarsi il modo proposto da LAMAZZAR. Sebbene la labbra della ferita sien avvinata ad una lamina di legno, pure non può impedersi in modo alcuno che si versin le fecce nel ventre, mentre nel luogo solamente in cui è fatto passar l'ago si toccano i labbri della ferita. E non ostante apparir li si possono riunire, perchè la labbra della ferita talmente si ripiegano, che le membrane pituitarie tolgono, non in quel luogo dove son troncate, si toccano. Se per caso si riuniscono i labbri della ferita, non può segnir ciò, se non col mezzo di questa membrana formata dalla linfa plastica: il che accadendo è necessario che io parte si congelino anche gli altri intestini, ed è quindi da temersi che la lamina di legno rimanga impacciata in qualche parte. Quel metodo poi proposto da LAMAZZAR nelle ferite intestinali traversi, non può negli animali provarsi: e ostante s'attarderà a tentarlo sugli uomini.

Io non credo necessario il provare il metodo d'HAZANUS, perchè anche senza esperienze ne son giunti a molti difetti ed inconvenienti.

§. 65. Finalmente fra tutti i metodi proposti per guarire le ferite intestinali ne ho trovato uno solo che son permesso esser da apporrai a tutti. Questo è quello di LAMAZZAR. Le molte esperienze già fatte posson dimostrare questa mia asserzione: poichè di venti cani, in cui io rinetti, al modo consigliato da LAMAZZAR, ferite ora longitudinali ora traversali, nessuno morì. I gradi vantaggi che offre questo, sono principalmente la sua gran semplicità e facilità. Con questo modo sempre si riuniscono direttamente per la linfa che trasudano le labbra della ferita, se badasi che le membrane sierose si torrhino e non s'intrometta fra i lembi della ferita la membrana pituitaria. Il che poi non succede, e i margini della ferita si ripiegano alquanto in fuori comechè la membrana villosa trappi un po fuori fra le rotture, gli intestini vicini si congelano, come mol negli altri metodi accennati. Il che può evitarsi col lasciar brevis-

simo intervallo fra le cuciture. Infatti io ho osservato che meno tocca il malato per le molte cuciture, che se per poche si versa la linfa plastica e si congelino gli intestini. Se poi avvien qualche volta che nel principio gli intestini vicini vengon riuniti dalla linfa plastica, ho osservato che dopo qualche tempo si disgiungono, e non restano attaccati in nessun luogo, nè al peritoneo, nè fra loro. Lo stesso dire d'aver osservato nell'esperienza LAMAZZAR. Il luogo dove l'intestino ferito è stato cucito non distingorri per una leggera impressione e per una linea bianca: allo volte era coperto da una rottil membrana formata dalla linfa plastica, la quale rimossa, i lembi della ferita apparivan direttamente riuniti. L'unica obbiezione che può farsi è che nel principio nelle ferite trasverse i lembi ripiegati, restringono forse l'intestino; ma da ciò nelle esperienze da me fatte non ne ho veduto seguire alcun danno. Adagio adagio questa promontoria sparisce, giacchè ora rami, aperti molto tempo dopo l'operazione. L'ho veduta notabilmente diminuirsi. La membrana pituitaria di dentro il più delle volte l'ho trovata confitta, e neppur nel luogo della ferita intestinale. Sebbene possa trovarsi qualche luogo fra le labbra della ferita coeute, io non sono stato ancora direttamente riuniti gli intestini, pure TAMAZZAR la sbagli, se esole che ciò avvenga sempre: perchè io il più delle volte ho osservato cicatrici perfettissime.

Questo mi sembra bastare a mostrare ottimo essere il metodo proposto da LAMAZZAR.

Io quanto al metodo raccomandato da BAZZANUSCA, cioè di annodar tutti i fili di dentro, l'esperienza che fra mi mostrano chiaramente che può mandarsi ad effetto con la medesima facilità. Pure non dee negarsi esser difficile assai il collocar in modo le rotture, che i nodi restin di dentro. Per il che non dee in nessun modo querto al metodo di LAMAZZAR sostenersi. Il gran vantaggio che possum ricavare dall'adopere in quel modo è, come credo, il curar da principio l'intestino in maniera che i nodi restin di dentro, il che poi va secondo il metodo di LAMAZZAR, essendo difficile nel principio il congiungere, usando il metodo di LAMAZZAR, l'estremità degli intestini nelle parti corrispondenti: il che può farsi più facilmente se si cuciono l'estremità degli intestini ricollocati l'una presso all'altra, in guisa che i nodi restin di dentro. I fili adoperei per la cucitura in gran parte sciolti dalla suppurazione vengon via colle fecce, pure ho spesso trovato anche de' fili, senza verun danno, nella cicatrice, coperti da una specie di membrana.

§. 66. Riempendo pertanto convenientemente le rase dette, sembrami potersi dedurre:

1. Esser ottimo il miglior metodo, insegnato da LAMAZZAR, tutte le ferite di punta



falle in intestinali, profondi come pure le trasverse, le longitudinali e quelle che le recidono a tutto cilindro. In quanto alla grandezza della ferita io credo che non si possa fissar nulla di certo; perciò io esorto a cucir tutte le ferite da cui possono versarsi le fecce, sorché questo non segna. Cuoce le ferite si tagliano i fili, e riposti gli intestinali nel ventre, si riunisce la ferita esterna.

Il Sotrasiano qualche portione della parete intestinale troncata, si domanda se ricucendosi le labbra della ferita, l'intestino si riunisca in modo che se ne possa aver danno. Se per la cucitura dell'intestino noi avessimo a temere, io consiglierai di tagliare affatto la parete ferita, giacché l'esperienza m'ha mostrato che può farsi senza alcun danno. Lo stesso deve farsi se la parte sia intenerita o persa in altro modo e non si possa cuocer. In un'esperienza però io tagliai tanta parte d'un intestino sottile che veniva ad essere notabilmente ristretto, ma non ne seguì alcun danno, né fu interrotta alcuna funzione della vita. Ucciso e sezionato dopo 14 giorni l'animale, apparve nel luogo della ferita l'intestino assai meno ristretto di quello che aveva che doveva essere secondo la portione che n'era tagliata; donde mi sembra chiaro che il stringimento degli intestinali sottili non è di tanto pericolo quanto quello del grosso, il che pure vien provato da osservazioni fatte sugli umini. Allacciate le arterie del mesenterio debbono tagliarsi fili presso il nodo. Siccome poi in questi ultimi tempi pare che cercando l'arteria si possa fermare il sangue, può così adoperarsi con gran vantaggio ne' casi del mesenterio.

III. E poi gran dubbio e questione se i pericoli su ciò che debba farsi, se non trasiam gli intestinali fuori usciti. Sebbene si trovi negli scritti de' chirurghi molti segni per conoscere quando gli intestinali son feriti, pure tutti convergono che da principio questi segni mai mostrin con certezza essersi ferita nell'intestino, meno che dal venire si versa le fecce; perciò il sangue per se stesso, il romito sanguigno e gli altri segni vengono dopo, e la profondità della ferita dell'addome non è certo indicio che s'hanno intestinali feriti. Vero è che se la ferita dell'addome è non poco larga, con gran forza per lo più si profondono gli intestinali. Ma la cosa va altrimenti nelle ferite di punta o di schioppo. Non ostante però l'esperienza insegna, e l'ho riscontrato anche io nei cadaveri degli uomini e degli animali che orle ferite che penetran nella bassa cavità del ventre per lo più gli intestinali non son feriti. Onde io vedo che debba per queste ferite stabilirsi che, se non conosciamo per accuratissimi segni essere lenti gli intestinali, il bisogno non dee adoperar che un metodo antinfiammatorio per soffogar l'infiammazione; quando veda che non lessi, dee dilatar la

ferita dell'addome, quanto basta per farsi certo della ferita.

Se poi l'intestino ferito fosse entrato nella ferita dell'addome, ma non ancora conglutinato colle labbra della medesima, e si potesse facilmente prendere e estrarre, secondo il mio parere può tentarsi di cucirlo, affinché d'evitare il massimo de' mali, an non sifficiale. Ciononostante dirrissamente se si troverà l'intestino ferito già aderente alla ferita dell'addome, però b'è allora non s'è paura che si versino le fecce: e l'esperienza mostra che ne è possibile la guarigione anche senza uso sifficiale.

IV. Che cosa possa far coll'operazione l'arte chirurgica nelle altre malattie degli intestinali e del ventricolo, per esempio quando si contengono in essi corpi estranei o nell'infiammazione ec., lo mostrerà il tempo, perchè, come ho detto sopra, la diagnosi e il luogo di questi morbi è tanto incerto, che non è possibile esser sicuri di far qualche cosa di buono coll'operazione. Vero è che esempi degli ultimi tempi han mostrato che può adoperarsi in tali malattie l'operazione con annesso. Meglio un rimedio dubbio che nulla.

## APPENDICE

### *Delle ferite dell'addome e del ventricolo.*

Sebbene la questione proposta appartenesse soltanto alle ferite degli intestinali, pure io volli aggiunger a queste qualche cosa di ciò che la mia particolare esperienza mi ha insegnato, rimandando coloro, che han piacere di conoscerne la storia, agli autografi da me nel parlar delle ferite intestinali citati.

I. *Delle ferite del ventricolo.* Siccome il ventricolo ha nella conformazione gran somiglianza cogli intestinali, ho veduto che i più consigliarono il cucirne le ferite, e che molte volte sono esse in questo modo guarite. Per questo io mi proposi a cucir in de' cani le ferite del ventricolo.

Incisa appena la regione epigastrica, tosto venne fuori il ventricolo con tant'impeto, che l'animale preso da nausea cominciò a vomitar grandemente. Indi incisi il ventricolo, lo sinui con quattro cuciture nel modo raccomandato da Lussan per le suture intestinali. Riposto il ventricolo nel ventre, e cucita la ferita esterna, l'animale sigellata ogni sorta di cibo. Non molto dopo però era più tranquillo, e non prendeva che acqua mescolata con latte. Dopo quattro giorni morì. L'autopsia la sezione trovò l'addome tutto pieno di

liquor rossiccio, e gli intestini sommamente infiammati. Dell'apertura fatta coll'incisione nel ventricolo divenuto rosso, era venuto fuori un liquido di color verdognolo, le quali cose tutte mostrarono essere stata una fierissima infiammazione la causa della morte. Non soltanto la ferita del ventricolo era perfettamente saldata, e in nessun luogo s'era aperta; e molte anche le emulsi, le labbra della ferita si tenevano attaccate insieme.

Il giorno dopo giunse un'altra volta con cinque cuciture una ferita del ventricolo d'uomo. L'uomino, subito gravissimamente soffrì, e nell'operazione e dopo, pure non vomitò mai; ma l'entrate dopo avendo mangiato molto pane disidratato nell'acqua, quasi subito morì repentinamente. Fatta la sezione trovai l'addome pien di liquido, il quale levato si poté subito riconoscere la causa della morte: poiché, toltesi le cuciture e aperto il ventricolo, era venuta una gran quantità di cibo. Le cuciture non poterono resistere agli sfossi che faceva l'emulsi per vomitare i cibi.

La terza esperienza ebbe pure lo stesso risultato. Il cane che morì dopo quattro giorni, fu preso spesso, fatta l'operazione, dalla nausea e del vomito. La sezione del cadavere mi presentò i medesimi fenomeni.

Queste esperienze mi sembrano bastare per mostrare che anche le ferite del ventricolo possono riunirsi con stile. Essendosi infatti, non ostante questi casi contrariissimi, salite perfettamente le ferite, tanto più possiamo sperarlo, quando i rimedj si a spegnere l'infiammazione, unica causa della morte come ho mostrato gli esempi. Con quest'idea nella quarta esperienza che volli far un'occhiata, entrai in ferita del ventricolo, e nell'addome cercai di provocare nell'infiammazione col levarli quasi sei once di sangue dall'arteria toracica. Il cane, sebbene nelle due operazioni molto soffrì, pure non vomitò mai e poco dopo si risolle. Passati ventotto giorni lo uccisi e lo sezionai. Il ventricolo nel luogo della ferita era a pezzi congiuntato colla milza e coll'omento in modo però, che potea facilmente separarsi, ed era sperabile che ciò anche seguisse a poco a poco naturalmente. La ferita era del tutto e direttamente rimarginata. Nell'interno non l'avevo un po' più pallida del resto attornita il luogo dove lo avea inciso. La milza e l'omento erano per tutto continua. Di fuori la ferita vedesi un po' coperta da quella membrana formata dalla linfa plastica.

Nel medesimo giorno ripeteci in un altro cane l'esperienza col medesimo prospero successo, come mi avvenne una terza volta. Trovai perfettamente salite le ferite nei cani uccisi dopo quattro settimane.

Questi esempi mi sembrano bastanti e mostrare che il metodo di Linnæus non solo può usarsi nelle ferite degli intestini ma anche in quelle del ventricolo.

## II. Delle ferite penetranti dell'addome.

Discorda pure su queste ferite le opinioni de' periti e sebbene tutti convengano che devon riunirsi prestissimo, pure da tempi remoti fusso cinesi diversi pasci nel modo di curarle. Molti disapprovando affatto che si cucino, consigliando di entrarle solo con cerotti glutinosi e con fasciatura. Altri e forse i più pensosi che possano guarirsi interamente s'uccidono. Ma questi non van d'accordo nella maniera di cucirle; mentre vogliono che si passi l'ago per i muscoli e per il peritoneo, altri solamente per il peritoneo. Le due parti si studiano a confermar con ragioni la loro opinione. Siccome non posso negli animali testarmi se non prove della cucitura, io esporrò quei casi osservati nelle esperienze, nelle quali adoprando sempre la cucitura così nodi e facendo passar l'ago per il peritoneo umano i soli muscoli rimasti le ferite dell'addome. Se io ho avuto coll'ago, nel riunire le ferite, i muscoli e il peritoneo, come prescrive GAZZAR (1), passate molte settimane e fattane la sezione, trovava la ferita di fuori e di dentro completamente salda, che non potea vedere il luogo della medesima l'ipertensione era per tutto saldato e in ogni luogo intatto. Sebbene qualunque ferita del peritoneo per l'infiammazione che può facilmente nascere debba temersi, pure non osservai nel far così alcun danno né alcun inconveniente, sebbene anche alle volte non abbia adoprato rimedj a spegnere l'infiammazione. Cuciti coll'ago i soli muscoli senza il peritoneo, trovai dopo molte settimane la ferita di fuori perfettamente rimarginata ma nell'interno si vedeva una fossa, e il peritoneo non era riunito direttamente, ma per via d'una membrana intermedia sicché mi pareva che la membrana sierosa si fosse dalle due parti avanzata nella ferita. Qui apparve più sottile la parete addominale, e trovai il pin delle volte l'omento ivi congiuntato colla parete interna dell'addome, il che non osservai, quando i muscoli anche il peritoneo. Per il che io credo doversi anteporre a tutti il metodo primo, di bucar cioè coll'ago anche il peritoneo oltre i muscoli dell'addome: poiché non in tutti sempre i muscoli esposti per motivo della respirazione, e dovendo anche resistere alla forza espansiva degli intestini, nechè potendosi in molte funzioni della vita risparmiare perchè non dipendono tanto dalla volontà, non bastano i cerotti adesivi, e le fascie, se non nel caso di ferite profundissime. In tutte quelle ferite poi nelle quali s'ha luogo a temer che si prolapsino gli

(1) Graefe s. und v. Wuthers. Journal. d. Chirurgie und Augenheilkunde. Band. IX. Heft. I.

intestini, come suol spesso accadere, penso necessaria la cautela. Facile è intendere le ragioni, perchè m'indico a difender quel metodo che come ottimo proposi. Sebbene anche l'esperienza mostra che la cicatrice non è così facile a rompersi, come il resto del corpo, però c'insegna che suole non esser anche in quei luoghi ove l'addome era stato lesito. Tanto più deve temersi ciò nelle ferite non interamente saldate, dove il peritoneo senza dubbio fortemente assiste allo sforzo degli intestini, come l'ernie ottimamente ci possono mostrare. E anche da ponderarsi che non essendo dissetamente congiunto il peritoneo, si aderisce alla ferita dell'addome l'omento: che se la ferita fu nella parte infesiosa, traenlo sero il ventricolo, può far nascere mostruosi casi. Nel curar tali ferite badando anche il peritoneo più volte, come raccomandò GRANA, io aea procurato di passarlo coll'ago, potendolo in questo modo introdurre senza pericolo nel ventre: ma però io adopra in questi casi molti fili di seta posti l'un presso all'altro e incrociati, e il lembo fermato dai fili sdoppiati, che racconto in DA GRASSA, o v'osservi alcuna differenza. Se ci avviem di aghi ordinari, come io stesso ho sperimentato, v'è sempre paura che non si rompano, il che può portar grandissimi inconvenienti e pericoli, e perciò è sempre bene il servirsi di quegli aghi che si raccomandano

GRASSA: perchè spesso è difficile il trar fuori la parete dell'addome. Affinchè non s'introduca l'omento fra le labbra della ferita dell'addome, anche non trarato sempre il peritoneo, col tirare i fili ho no poco sollevate le pareti addominali, e atetto il filo in doppio nodo. Ho anche conosciuto coll'esperienza essere ottima cosa lo togliere i fili del terzo giorno: pochè, estraenli dopo, i fili inchiodano la parete dell'addome, fanno naer la rippurazione e si odas in conseguenza la gnarigione. Ho sempre trovato la ferita talmente saldata nel terzo giorno da potere estrarne i fili: perchè il peritoneo specialmente ed anche i muscoli si riuniscono la forza dell'infiammazione adesiva. Se dunque ciò avviene negli animali, tanto più si può ciò fare negli uomini, perchè in questi può ajutarsi la rimarginazione con cerotti adesivi e fasciature. Ho osservato sempre che si prova dal ventre aperto una gran quantità d'omento, che è difficilissimo riportar, perchè nel riportarlo si profonde di nuovo. A fin di superar cotest'ostacolo il più delle volte ho levato una gran parte d'omento, e senza allacciare l'arterie tagliate, ho disposto il rimanente nel ventre: o non ne ho osservato alcun danno. Pur non si sado senza riporre una parte dell'omento: la lasciai fuori: la ferita dell'addome, era perfettamente cicatrizzata, o molte settimane dopo l'umento protrso era sparito.

## FINE DELLA SECONDA PARTE

CONTINENTE

*IL TRATTATO SULL'ERIE CON AGGIUNTE D'ALTRI AUTORI*

5682202

# INDICE

## DELLA SECONDA PARTE

<i>Sull' Ernia Inguinale e Scrotale (Mss. I.)</i> . . . . .	Pag. 289
<i>Sulla Complicazione dell' Ernia Inguinale e Scrotale (Mss. II.)</i> . . . . .	» 302
<i>Sull' Ernia Femorale (Mss. III.)</i> . . . . .	» 339
<i>Sull' Ernia Gangrenata e sui mezzi che natura impiega per ristabilire la continuità del tubo Intestinale (Mss. IV.)</i> . . . . .	» 362
<i>Dell' Ernia Ombelicale, e di quella della Linea Bianca dell' Addome (Mss. V.)</i> »	387
<i>Sull' Ernia del Perineo e del Pudendo (Mss. VI.)</i> . . . . .	» 413
<i>Sopra una nuova specie d'Ernia, che si potrebbe chiamare Extraperitoneale (Mss. VII.)</i> »	426
<i>Sopra una terminazione della Cancro nel' Ernia (Mss. VIII.)</i> . . . . .	» 430
<i>Sopra una particolare condizione Morbosa del Sacco Emorroidario (Mss. IX.)</i> . . . . .	» 441
<i>Sul modo di curar le ferite intestinali, coll'aggiunta di alcune cose riguardanti le ferite del ventricolo e dell' Addome (Mss. X.)</i> . . . . .	» 443











